1996

GUÍA

Del Seguro Médico Para Usuarios de Medicare

- ★ **LO QUE PAGA Y LO QUE NO PAGA MEDICARE**
- ★ **10 PLANES UNIFORMES DE SEGURO DE MEDIGAP**
- ★ **SU DERECHO AL SEGURO MEDIGAP**
- ★ **OPCIÓN DE ATENCIÓN DE COSTOS CONTROLADOS**
- ★ **CONSEJOS PARA COMPRAR SEGUROS MÉDICOS PRIVADOS**



Desarrollado conjuntamente por la
Asociación [illegible]al de Comisionados de Seguros
(National [illegible] of Insurance Commissioners)
[illegible] *la*
Administración para el [illegible]miento del Cuidado de la Salud del
Departamento de Salud y [illegible]vicios Sociales de los Estados Unidos
(Health Care Financing Administration del U.S. Department of Health and Human Services)

– ADVERTENCIA –

Al final de este folleto hay una lista de las direcciones y los números de teléfono de cada una de las agencias estatales para personas mayores (ancianos) y los departamentos estatales de seguros. Están a su disposición para responder cualquier pregunta que usted pueda tener sobre seguros privados como suplementos de Medicare.

Por lo general, se debe informar al departamento de seguros de su estado toda sospecha de violación a las leyes que regulan la comercialización de pólizas de seguros, ya que los estados son los responsables de reglamentar el seguro dentro de sus fronteras.

Hay, sin embargo, ciertos fraudes relacionados a las pólizas de seguro como suplemento de Medicare ("Medigap") que reciben castigos a nivel federal. Es un delito federal, por ejemplo, que un agente de seguros diga que representa al programa Medicare o a cualquier otra agencia federal con el propósito de vender su póliza. También es ilegal que un agente o una compañía de seguros le venda una segunda póliza Medigap a menos que usted indique por escrito que quiere cancelar la póliza Medigap que ya tiene.

El teléfono federal gratuito para registrar quejas es el

1-800-638-6833

ÍNDICE

DEFINICIONES DE ALGUNOS TÉRMINOS DE MEDICARE

Tarifas reales: Son los precios que un médico o proveedor le cobra por un servicio o producto médico específico.

Cantidad Aprobada: Es la suma que Medicare determina razonable por un servicio que está cubierto bajo la Parte B de Medicare y puede ser menos que lo que le cobraron (tarifa real). El precio aprobado para muchos servicios, incluyendo los servicios médicos, viene en una planilla de costos que asigna un valor monetario a todos los servicios cubiertos por el Medicare.

Asignación de tarifas: Es un acuerdo por el que un médico o proveedor de productos médicos acepta la suma que Medicare aprueba como pago total por los servicios y productos cubiertos bajo la Parte B. Cuando el beneficiario completa el deducible anual de $100 de la Parte B, el Medicare generalmente paga el 80% de la cantidad aprobada directamente al médico o al proveedor. El beneficiario paga el 20% restante.

Período de beneficio: Un período de beneficio es una manera de medir cuánto usa el beneficiario los servicios de hospital y de establecimientos de enfermería especializada cubiertos por el Medicare. Un período de beneficio comienza el día que el beneficiario se hospitaliza y termina cuando el beneficiario sale del hospital o lugar que le ha prestado atención médica o rehabilitación por 60 días consecutivos. Si el beneficiario continúa hospitalizado por más de 60 días, comienza un nuevo período de beneficio, se renueva la mayoría de los beneficios de la Parte A de Medicare y el beneficiario debe pagar un nuevo deducible de paciente internado. La cantidad de períodos de beneficio que puede recibir un beneficiario es ilimitada.

Seguro complementario: Es la porción o el porcentaje de la suma que debe pagar el beneficiario bajo la aprobación del Medicare.

Deducible: Es la cantidad de dinero que debe pagar un beneficiario antes que Medicare comience a pagar por los servicios que éste cubre.

Sobrecargo: Es la diferencia que hay entre la cantidad aprobada por el Medicare y lo que realmente cuesta un servicio o producto, si el costo real es mayor que la cantidad aprobada.

Cobros límite: Es la cantidad máxima que un médico puede cobrar a un beneficiario de Medicare por un servicio médico cubierto, en caso que el médico no acepte el precio establecido por Medicare. El límite es de un 15% sobre la suma fijada en la planilla de costos para los médicos no participantes. La información sobre los cobros límite está en el formulario de Medicare llamado Explicación de los beneficios de Medicare (*Medicare's Explanation of Medicare Benefits—EOMB*).

Intermediario de Medicare: Es una organización de seguros que tiene contrato con el gobierno federal para procesar cuentas que hacen los médicos y otros proveedores bajo la Parte B del Medicare. Los nombres y direcciones de los intermediarios y las áreas donde ofrecen sus servicios están anotados al final de *Su Manual de Medicare* (*Your Medicare Handbook*), disponible en cualquier oficina de la Administración del Seguro Social.

Seguro de hospital de Medicare: Es la Parte A de Medicare y ayuda a pagar la atención médica que necesita el paciente internado en un hospital, establecimiento médico u hospital psiquiátrico, y la atención para personas con enfermedades terminales (atención de sanatorio) y en el hogar.

Seguro médico de Medicare: Es la Parte B de Medicare. Ayuda a pagar los servicios médicos necesarios y otros servicios de salud y productos no cubiertos por la Parte A.

Médico y proveedor participante: Es el médico o el proveedor que acepta la asignación de tarifas para todas las solicitudes de pago de Medicare.

ALGUNOS CONOCIMIENTOS BÁSICOS

Usted, como muchos otros beneficiarios de Medicare, encontrará aspectos de este programa de seguro médico federal que se verán complejos y confusos. Puede que usted no esté seguro de qué es lo que cubre Medicare, qué es lo que no cubre Medicare y cuánto paga el programa para cubrir sus gastos médicos. Quizás como otros tantos beneficiarios, a usted también le gustaría saber qué seguro médico adicional debe comprar en caso que necesite otro.

La Asociación Nacional de Comisionados de Seguros (*National Association of Insurance Commissioners*) desarrolló esta guía junto con la Administración para el Financiamiento del Cuidado de la Salud (*Health Care Financing Administration*—HCFA) del Departamento de Salud y Servicios Sociales de los Estados Unidos (*U.S. Department of Health and Human Services*—DHHS). Esta guía le dará la información necesaria para decidir qué seguro médico le conviene más. Aunque no recomienda ninguna póliza ni seguro en particular,

- explica los beneficios que le brinda Medicare;
- identifica los beneficios que Medicare no cubre;
- describe los distintos tipos de seguros disponibles para complementar su cobertura de Medicare;
- da consejos para comprar seguros médicos privados;
- da una lista de nombres y números de teléfono de las agencias estatales que pueden responder sus preguntas acerca de los seguros médicos.

Lo que el Medicare no cubre

Quizás usted ya sabe que hay algunos costos de atención médica que Medicare cubre sólo parcialmente o no los cubre directamente. Además de los deducibles de Medicare, usted tiene que pagar una parte del costo de los servicios cubiertos y la cantidad total de los servicios que Medicare no cubre. Pocas personas pueden afrontar esta falta de cobertura con dinero de su bolsillo. Hay cuatro maneras básicas de pagar lo que Medicare no cubre:

1. Comprar el seguro suplementario de Medicare, que también se conoce como seguro "Medigap".
2. Inscribirse en un plan de atención administrada como el de una organización de atención de costos controlados (*Health Maintenance Organization*—HMO) que tiene un contrato con Medicare.
3. Continuar la cobertura bajo una póliza de seguro médico que provee la empresa donde trabaja, si usted es elegible para tal protección.
4. Calificar para los servicios totales de Medicaid o, al menos, para alguna asistencia estatal que pague sus costos de Medicare.

Cada una de estas formas se discutirá en las secciones siguientes. Se dedicará atención especial al seguro de los planes de la empresa y de Medigap. A medida que usted explore las distintas opciones para llenar lo que Medicare no cubre, evalúe cuidadosamente sus necesidades y la capacidad para pagar las primas antes de decidirse por un plan.

Qué hacer primero

Antes de comprar el seguro adicional, usted debería:

- ☑ Revisar todos los seguros que ya tiene, tal como la cobertura pagada por la empresa, para saber qué seguro adicional usted necesita y puede afrontar.
- ☑ Si usted tiene recursos limitados y bajos ingresos, verifique con la entidad pertinente en su estado si califica para el Medicaid o para otra ayuda estatal en el pago de facturas por atención médica (ver página 27). Unos pocos estados tienen programas que ayudan a pagar medicamentos recetados y otros servicios

médicos. Para conocerlos, debe llamar a la oficina estatal que provee consejos sobre seguros.

Consejos sobre seguros

Cada estado ofrece consejos sobre seguros en sesiones confidenciales con consejeros capacitados. En estas sesiones usted podrá aclarar algunos puntos que encuentre confusos en los seguros y recibir asistencia en la evaluación de sus necesidades de cobertura. Estos servicios son gratuitos. El número de teléfono de la oficina de consejos sobre seguros en su estado de residencia está en el directorio de los departamentos de seguros y agencias para personas mayores, por estado, que comienza en la página 32.

Antes de discutir el Medigap y otros tipos de seguros privados disponibles para complementar el Medicare, le será útil revisar los beneficios de Medicare e identificar lo que no cubre.



¿QUÉ ES MEDICARE?

Medicare es un programa federal de seguro médico para:

- personas de 65 años de edad o mayores,
- personas de cualquier edad que sufran de insuficiencia renal (del riñon) crónica (permanent kidney failure), y
- ciertas personas incapacitadas (minusválidas) menores de 65 años de edad.

La Administración para el Financiamiento del Cuidado de la Salud (*Health Care Financing Administration*) es la que dirige el programa Medicare y la Administración del Seguro Social provee información sobre los programas y hace las inscripciones. Si usted recibe los beneficios del Seguro Social o de la Junta de Retiro (jubilación) de Ferrocarriles (*Railroad Retirement Board*), cuando cumpla los 65 años quedará automáticamente inscrito en Medicare y recibirá su tarjeta de Medicare por correo postal. Si no recibe los beneficios al cumplir los 65 años debe llamar a una oficina de la Administración del Seguro Social o, si corresponde, a la Junta de Retiro de Ferrocarriles. Si usted es minusválido, recibirá automáticamente una tarjeta de Medicare por correo postal cuando cumpla 24 meses como jubilado de Ferrocarriles o del Seguro Social.

Dos Partes de Medicare

La tarjeta de Medicare indica la cobertura de Medicare que usted tiene, ya sea Seguro de Hospital (Parte A) o Seguro Médico (Parte B), o ambos, y la fecha en que comenzó su cobertura. Si usted tiene sólo una parte de Medicare, puede obtener información acerca de cómo obtener la otra parte en cualquier oficina de la Administración del Seguro Social.

Parte A. La Parte A de Medicare se financia con parte del pago que hacen los trabajadores y las empresas al Seguro Social que queda retenido y con parte de los impuestos de los trabajadores independientes (*Self—Employment Tax*). Si usted o su cónyuge son elegibles para los beneficios bajo los sistemas de Seguro Social o de Retiro de Ferrocarriles, o trabajaron lo suficiente como empleados del gobierno federal, estatal o local para calificar, no tienen que pagar una prima mensual para la Parte A. Su cobertura de la Parte A generalmente comienza el mes que usted cumple los 65 años o poco tiempo después, dependiendo de cuándo se inscribió.

Compra de la Parte A: Si usted no califica para recibir gratis los beneficios de la Parte A, puede comprar la cobertura si tiene más de 65 años y cumple ciertos requisitos. También puede comprar la Parte A si antes de cumplir los 65 años ya cumple con los requisitos para recibir Medicare bajo las estipulaciones sobre incapacitación y sigue teniendo el mismo impedimento, pero los beneficios recibidos se anularon por su trabajo e ingresos. La prima mensual por la Parte A para el año 1996 es de $188 si usted ha trabajado y pagado Medicare por un mínimo de 30 trimestres o por un máximo de 40

trimestres. La prima es de $289 si trabajó y pagó Medicare por menos de 30 trimestres.

Parte B: La Parte B de Medicare se paga, en parte, con las primas de las personas que se inscriben en el programa. La prima mensual para el año 1996 es de $42,50 y a la mayoría de las personas inscritas se les descuenta del cheque mensual del Seguro Social. Se le inscribe automáticamente en la Parte B cuando usted comienza a ser beneficiario gratis de la Parte A, a menos que usted declare que no la quiere. Aunque usted no tiene obligación de comprar la Parte B, generalmente es una buena idea porque el gobierno federal subvenciona casi el 75% de los costos del programa. Aunque no califique como beneficiario de la Parte A gratis, generalmente puede comprar la Parte B si tiene 65 años o más.

Períodos de inscripción en el Medicare: El período de inscripción inicial para la Parte B y para la prima de la Parte A dura siete meses, comenzando tres meses antes del mes que usted cumpla los 65 años. Si no se matricula durante su período inicial de siete meses de inscripción, tendrá que esperar hasta el próximo "período general de inscripción". Los períodos de inscripción se repiten anualmente, entre el primero de enero y el 31 de marzo. La cobertura comienza el primero de julio del mismo año que se inscribe.

Las primas de las partes A y B, generalmente serán más caras si, para inscribirse, usted espera hasta un período general de inscripción. La prima de la Parte B aumenta hasta un 10% por cada 12 meses después de haber calificado por primera vez. Por lo tanto, si espera 24 meses para inscribirse en la Parte B, su prima será siempre un 20% más cara. El aumento en la prima de la Parte A (si tiene que pagar prima) se limita a un 10%, sin importar cuán tarde se inscribió.

Bajo ciertas circunstancias, sin embargo, usted puede demorar su inscripción sin tener que pagar primas más caras. Específicamente, si tiene 65 años o más y tiene un seguro médico de grupo originado en su empleo actual o el de su cónyuge, tiene la posibilidad de elegir cuándo se inscribe en Medicare. Puede matricularse en cualquier momento mientras esté cubierto bajo el plan de salud de grupo o esperar e inscribirse durante el período especial de inscripción de ocho meses. Este período comienza el mes que usted o su cónyuge dejan de trabajar o cuando usted pierde la cobertura del programa de la empresa. Si usted no se inscribe durante este período especial de inscripción, tendrá que esperar hasta el próximo período general de inscripción.

Advertencia del Medigap: Su período de inscripción en Medigap, el período de tiempo durante el cual puede comprar la póliza de Medigap que desee, comienza tan pronto usted se inscribe en la Parte B siendo mayor de 65 años (ver página 19).

LOS BENEFICIOS DE SEGURO DE HOSPITAL DE MEDICARE (PARTE A)

Al cumplir todos los requisitos del programa, la Parte A de Medicare ayuda a pagar la atención médica necesaria del paciente internado en un hospital general, establecimiento de enfermería especializada, hospital psiquiátrico o sanatorio. Además, la Parte A paga el costo total de la atención médica en el hogar, médicamente necesaria, y el 80% del costo aprobado para sillas de ruedas, camas ortopédicas y otros equipos médicos de uso permanente (*Durable Medical Equipment*—DME) obtenidos bajo los beneficios de la atención médica en el hogar. También se provee cobertura para sangre o derivados de la sangre, después de las primeras tres pintas (1.418 ml), cuando la provee un hospital o establecimiento de enfermería especializada durante una estadía cubierta por el Medicare.

Períodos de Beneficio

Los beneficios de hospital o establecimiento de enfermería especializada se pagan en base a los períodos de beneficio. El período de beneficio comienza el primer día que se reciben servicios cubiertos por Medicare en un hospital registrado y termina a los 60 días de haber salido de un hospital

o institución médica de rehabilitación. El período también termina si usted permanece en una institución no hospitalaria que provee primariamente servicios médicos o de rehabilitación pero no recibe cuidados especializados por 60 días consecutivos.

Si se hospitaliza nuevamente después de 60 días, comienza un período nuevo de beneficio. Con cada nuevo período de beneficio, se renuevan los beneficios de la Parte A de un hospital y de un establecimiento de enfermería especializada, exceptuando los días de reserva por vida (vitalicia) o los beneficios de hospital psiquiátrico ya gastados. No hay límite en la cantidad de períodos de beneficio que se pueda tener por atención hospitalaria o establecimiento de enfermería especializada.

Atención hospitalaria como paciente internado

Si usted se hospitaliza, Medicare pagará todos los servicios hospitalarios que éste cubre durante los primeros 60 días de un período de beneficio, menos el deducible. El deducible de la Parte A para el año 1996 es de $736 por cada período de beneficio y es usted quien debe pagarlo.

Además del deducible, usted debe pagar una parte de los costos diarios si se hospitaliza por más de 60 días en un período de beneficio. Desde el día 61 hasta el día 90, la Parte A paga todos los servicios que cubre con excepción del seguro complementario que en el año 1996 es de $184 por día. El seguro complementario lo paga usted.

Bajo la Parte A, usted tiene también una reserva vitalicia de 60 días de atención hospitalaria como paciente interno. Estos días de reserva se pueden usar si se tiene que hospitalizar por más de 90 días en un período de beneficio. Cuando se usa un día de reserva, la Parte A paga todos los servicios cubiertos, menos el seguro complementario que en el año 1996 es de $368 por día y que usted debe pagar. Cuando se acaban los días de reserva, no se renuevan.

Lo que la cobertura de la hospitalización como paciente internado no incluye

Usted paga:

- los $736 de deducible en la primera estadía en el hospital en cada período de beneficio,
- los $184 diarios de seguro complementario para el período posterior al día 61 y anterior al 90,
- todos los costos de cobertura pasados los 90 días de cualquier período de beneficio, a menos que usted tenga días de "reserva vitalicia" disponibles y los use,
- los $368 diarios de seguro complementario para cada día usado de reserva vitalicia,
- el costo por las primeras tres pintas de sangre o derivados de la sangre usadas anualmente como parte de los servicios cubiertos, a menos que se la reemplace. Si se paga el deducible de sangre bajo una Parte de Medicare, no se tiene que pagar en la otra,
- el costo de una habitación privada en un hospital y el servicio de un(a) enfermero(a) privado(a), a no ser que sea médicamente necesario,
- el costo de servicios personales como teléfonos o televisores en una habitación de hospital,
- el costo de atención que no sea de emergencia en un hospital que no participa en el programa de Medicare, y
- la atención recibida afuera de los Estados Unidos y de sus territorios, excepto en Canadá y México bajo circunstancias limitadas.

La atención psiquiátrica en hospital

Mientras viva, la Parte A de Medicare ayuda a pagar no más de 190 días de atención como paciente internado en un hospital psiquiátrico reconocido por Medicare. Ya usados los 190 días, la Parte A no paga más atención como paciente interno en hospitales psiquiátricos. La atención psiquiátrica dada en un hospital general que no sea hospital psiquiátrico, sin embargo, no está sujeta al límite de 190 días.

Si usted es un paciente de un hospital psiquiátrico el primer día de su inscripción al Medicare, hay limitaciones adicionales sobre la cantidad de días de hospital que paga Medicare. La atención psiquiátrica del paciente interno está sujeta a los mismos términos y condiciones que las otras atenciones hospitalarias de paciente de Medicare interno.

Lo que la cobertura de la hospitalización psiquiátrica como paciente interno no incluye

Usted paga:

- Toda la atención después de haber completado 190 días de tratamiento especializado, cifra total de días en toda su vida, (aun cuando todavía no ha agotado su cobertura por atención de paciente interno en un hospital general).
- Lo que no cubre en la hospitalización general, tampoco lo cubre en la hospitalización en hospital psiquiátrico.

Atención en establecimientos de enfermería especializada

(Skilled Nursing Facility Care—SNF)

Para recibir los beneficios de Medicare en establecimientos de enfermería especializada, usted debe:

- ☑ Necesitar atención diaria especializada que, por cuestiones prácticas, se puede proveer solamente en un establecimiento de enfermería especializada bajo la condición de paciente internado.
- ☑ Permanecer en el hospital por lo menos tres días consecutivos, sin contar el día que le dan de alta, antes de entrar a un establecimiento de enfermería especializada acreditado por Medicare.
- ☑ Ser aceptado en un establecimiento de enfermería especializada para tratar la misma condición por la que estuvo en el hospital.
- ☑ Ingresar en un establecimiento antes de los 30 días de que lo hayan dado de alta en el hospital.
- ☑ Tener un certificado expedido por un profesional médico donde se aclare que necesita servicios de enfermería o rehabilitación especializada todos los días.

La Parte A de Medicare puede ayudar en el pago de hasta 100 días de cuidado especializado, en un establecimiento de enfermería especializada durante un período de beneficio. Medicare paga todos los servicios cubiertos por los primeros 20 días de atención y paga todos los servicios cubiertos por los 80 días siguientes, con excepción de una suma diaria de seguro complementario. El seguro complementario diario para el año 1996 es de $92 y usted debe pagarlos. Si necesita más de 100 días de atención en un período de beneficio, usted se hace responsable de todos los gastos a partir del día 101.

Un establecimiento de enfermería especializada es diferente de un hogar para personas mayores (nursing home). Es un tipo de institución especial que primariamente proporciona servicios de enfermería especializada y de rehabilitación. Puede ser un establecimiento independiente o una dependencia de un hospital o de alguna otra institución.

Medicare no paga su estadía si los servicios que recibe son principalmente de atención personal o servicios de asistencia como ayuda para caminar, acostarse y levantarse de la cama, comer, vestirse, bañarse y tomar medicamentos.

Lo que no se cubre en un establecimiento de enfermería especializada

Usted paga:

- $92 diarios de seguro complementario desde el día 21 hasta el día 100 en cada período de beneficio,
- todos los costos de atención pasados los 100 días en un período de beneficio,
- todos los costos de atención que no llegan a cumplir los requisitos que Medicare exige a los establecimientos de enfermería especializada (SNF, siglas en inglés).
- todos los costos si a usted no lo llevaron al SNF a tiempo después de estar hospitalizado bajo Medicare,
- la atención en un hogar para personas mayores, en un SNF no aprobado por Medicare, o simplemente por la asistencia personal en un SNF aprobado por Medicare, y
- el deducible de 3 pintas de sangre (lea la lista de la página 4, de lo que no está cubierto en la atención como paciente internado del hospital).

Atención de salud a domicilio (Home Health Care)

El Medicare paga el costo total de las visitas a domicilio, médicamente necesarias, que hace una agencia médica aprobada por Medicare. Una agencia médica a domicilio es una agencia pública o privada que provee atención de enfermería especializada, terapia física, terapia de fonética o de lenguaje y otros servicios terapéuticos en el hogar del paciente. Son servicios que provee un enfermero o un técnico en el hogar del paciente y en forma periódica.

Para calificar en la cobertura, usted necesita atención intermitente de enfermería especializada, terapia física o terapia de lenguaje, estar confinado a su hogar y estar bajo la atención médica. Usted no tiene que pagar deducible ni seguro complementario (exceptuando el equipo médico de uso permanente), y no se requiere una hospitalización anterior para obtener estos beneficios. Medicare cubrirá también una porción del costo por sillas de rueda, camas ortopédicas y otros equipos médicos de uso permanente (DME, siglas en inglés) considerados bajo un plan de atención establecido y revisado periódicamente por un médico.

Lo que la cobertura de la atención domiciliaria no incluye

Usted paga:

- la atención de enfermería permanente,
- las comidas que recibe en su hogar y los medicamentos,
- el 20% de la suma aprobada por Medicare para equipos médicos de uso permanente, más los costos que se pasan de la cantidad aprobada para las peticiones no asignadas, y
- los servicios de ama de casa que, principalmente, le ayudan a satisfacer sus necesidades personales o quehaceres del hogar.

Atención de sanatorio (Hospice Care)

El Medicare paga la atención que reciban los beneficiarios que tienen enfermedades terminales y que, para cuidar sus enfermedades, hayan decidido recibir atención de tipo sanatorio en vez de los beneficios regulares de Medicare. Bajo Medicare, esta atención es principalmente un programa de atención que un servicio aprobado por Medicare da en el hogar del paciente. El servicio se centra en la atención y no en la cura de la enfermedad. Los servicios de sanatorio que la Parte A de Medicare cubre son:

- ☑ Servicios médicos
- ☑ Atención de enfermería
- ☑ Aparatos y materiales médicos

- Medicamentos para calmar el dolor y los síntomas
- Atención de corto plazo como paciente interno
- Apoyo social de salud
- Terapia física, terapia ocupacional y servicios para la patología del lenguaje
- Orientación sobre la dieta y otros consejos

Estos beneficios no tienen deducibles, pero dos beneficios requieren pagos complementarios y son:

1. Los medicamentos con prescripción médica para calmar el dolor y controlar los síntomas, por los que se les puede cobrar a los pacientes un 5% del costo razonable, pero no más de $5 por cada receta.

2. La atención de reposo, para lo que al paciente se le puede cobrar alrededor de $5 por día, dependiendo del área donde vive. Ésta le da algún tiempo libre a la persona que le da atención domiciliaria constante. Cada permanencia queda limitada a no más de cinco días.

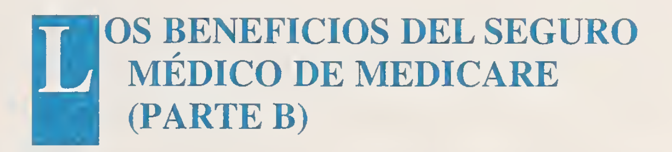
Si usted necesita servicios médicos para una condición que no está relacionada con la enfermedad terminal, puede usar los beneficios regulares del Medicare. Cuando usa los beneficios regulares, usted paga las cantidades del deducible y del seguro complementario de Medicare.

Lo que la cobertura de la atención de tipo sanatorio no incluye

Usted paga:

- los costos limitados por la atención "de reposo" como paciente interno y por los medicamentos como paciente externo, y

- las cantidades del deducible y del seguro complementario, cuando los beneficios regulares del Medicare se usan para tratar una condición diferente a la enfermedad terminal.



LOS BENEFICIOS DEL SEGURO MÉDICO DE MEDICARE (PARTE B)

Medicare paga una gama amplia de servicios y de materiales médicos, pero la cobertura importante incluye sus gastos médicos. Los servicios médicamente necesarios están cubiertos, sin importar dónde los recibe usted, ya sea en el hogar, en la oficina del médico, en una clínica, en un sanatorio o en un hospital. La Parte B cubre además:

- Servicios hospitalarios como paciente externo
- Radiografías y pruebas de laboratorio
- Algunos servicios de ambulancia
- Equipo médico de uso permanente como sillas de ruedas y camas ortopédicas de uso domiciliario
- Servicios de ciertos profesionales especialmente calificados que no son médicos
- Terapia física y ocupacional
- Servicios de patología fonética y del lenguaje
- Hospitalización parcial para la atención médica psiquiátrica
- Mamogramas y pruebas Pap
- Atención a domicilio si usted no cuenta con la Parte A

Mientras la Parte B casi nunca cubre los medicamentos recetados para el paciente externo, sí cubre algunos medicamentos orales que actúan contra el cáncer, ciertos medicamentos para personas internadas en sanatorios y otros que los mismos pacientes no se pueden administrar y se proveen como parte del servicio médico. También cubre ciertos medicamentos que se proveen durante el primer año después de un trasplante de órgano, epoyetina para pacientes con diálisis en sus hogares, antígenos y vacunas contra la gripe, el pneumococo y la hepatitis B. Además, cubre la sangre que excede del deducible anual de las 3 pintas.

Deducible y seguro complementario de la Parte B

Cuando use los beneficios de la Parte B, se le requerirá que cada año calendario pague los primeros $100. Esto se llama deducible. Se debe calcular según la cantidad aprobada por Medicare para los servicios y materiales cubiertos y no en el costo real facturado por su médico o proveedor médico.

Después que paga el deducible, la Parte B generalmente paga el 80% de la cantidad aprobada por Medicare para todos los servicios cubiertos recibidos durante el resto del año. Usted debe pagar el otro 20%. Ese 20% compartido se llama seguro complementario (coinsurance). Si necesita servicios médicos en el hogar bajo la Parte B, no tiene que pagar el deducible ni el seguro complementario; pero tiene que pagar el 20% de la cantidad aprobada por Medicare para cualquier equipo médico de uso permanente suministrado bajo el beneficio de atención en el hogar.

Además del deducible y del seguro complementario, tal vez tenga que pagar otros costos con dinero de su bolsillo si su médico o proveedor médico no acepta la asignación fijada por Medicare y cobra más de la cantidad aprobada por Medicare. La diferencia que se debe pagar se llama "cobro en exceso".

Cantidad aprobada por Medicare

La cantidad aprobada por Medicare para los servicios médicos cubiertos por la Parte B está basada en el mínimo del costo real del médico o de la planilla de costos. La planilla de costos asigna un valor monetario (dólar) a cada servicio médico y resulta del trabajo, del costo de la oficina y de los costos del seguro de negligencia. Medicare casi siempre paga el 80% de la suma aprobada.

Aquí se explica cómo funciona el sistema de pagos. Supongamos que usted va a un médico que acepta el contrato ofrecido por Medicare y la cantidad aprobada para los servicios que usted recibe es de $100. Supongamos además, que usted ha completado el deducible de $100 del año corriente. Medicare pagará al médico $80 y usted pagará los $20 restantes.

Si fue a un médico que no acepta el contrato, usted tendrá que pagar más. Con el ejemplo de los $100 anteriores, la cantidad aprobada será de $95, porque la suma aprobada para los médicos que no aceptan la asignación es el 95% de la cantidad que se paga a los médicos que la aceptan. Además, los médicos que no participan pueden facturar un cobro en exceso de hasta un 15% más de la cantidad aprobada. Usted tendrá, por tanto, que pagar el 20% de la cantidad aprobada, o sea $19, además del cobro en exceso de $14,25. Esto significa que usted pagará $13,25 más si va a un médico que no acepta la asignación.

Asignación aceptada

Siempre pregunte a sus médicos y proveedores médicos si ellos aceptan lo asignado para que usted no tenga que pagar de su bolsillo el cobro en exceso. Algunos de ellos lo hacen basándose en cada caso, mientras otros firman los acuerdos de participación con Medicare y aceptan la cantidad que aprueba Medicare como pago total en todas las facturas de Medicare. Se les llama médicos y proveedores participantes y están enlistados en el Directorio de Médicos/Proveedores Participantes de Medicare (*The Medicare Participating Physician/Supplier Directory*).

Este directorio lo reciben las organizaciones de personas mayores, todas las oficinas del Seguro Social y de la Junta de Retiro del Ferrocarril, los hospitales y todas las oficinas estatales y regionales de la Administración de la Vejez (Administration on Aging). También se encuentra a su disposición en forma gratuita si lo pide, por correo o teléfono, a la compañía de seguros que procesa las facturas de la Parte B de Medicare en su área. Los nombres, las direcciones y los números de teléfono de las compañías, que se llaman "intermediarias" de Medicare están al final de *Su Manual de Medicare* (*Your Medicare Handbook*) que lo puede encontrar en cualquier oficina de la Administración del Seguro Social.

Además de evitar cobros en exceso, otra ventaja de usar a médicos o proveedores que aceptan las asignaciones, es que Medicare les paga directamente, exceptuando el deducible y el seguro complementario que usted debe pagar. Los que no aceptan lo asignado le cobran a usted la cantidad total de la cuenta y Medicare le devuelve más tarde parte de la cantidad aprobada para los servicios o materiales recibidos. Sin considerar si sus médicos y proveedores aceptan lo asignado, ellos deben presentar la factura de Medicare por usted.

En ciertas situaciones la ley obliga a los médicos y proveedores no–participantes que normalmente no aceptan lo asignado, que lo hagan. Por ejemplo, todos los médicos y laboratorios calificados deben aceptar la asignación de pruebas clínicas de diagnóstico de laboratorio cubiertas por Medicare. Los médicos también deben aceptar las asignaciones por servicios cubiertos en beneficiarios con ingresos lo suficientemente bajos para calificar en el pago de Medicaid de sus condiciones de costo compartido de Medicare (ver página 27).

Límites del costo médico

Si bien los médicos que no aceptan la asignación de una factura de Medicare pueden cobrar más que los médicos que lo aceptan, hay un límite en la cantidad que pueden cobrar por servicios cubiertos por Medicare. Tienen permitido cobrarle sólo el 15% más de la cantidad aprobada por Medicare, y esa suma en exceso la debe pagar usted. Esto se llama "cobro límite" y usted no tiene que pagar más que esa cantidad.

Para determinar el cobro límite de un servicio identificado, llame al intermediario de Medicare de su área. La información del cobro límite también aparece en el formulario Explicación de los Beneficios de Medicare (EOMB, siglas en inglés) que generalmente le envía el intermediario después de haber recibido un servicio cubierto por Medicare. Si su médico ha excedido el cobro límite, llámelo y pídale una reducción en el costo o un reembolso si usted ya ha pagado la factura. Si no puede resolver esto con el médico, llame a su intermediario de Medicare.

Una nueva ley exige que todos los intermediarios de Medicare revisen las facturas de los médicos en busca de sobrecostos y notifiquen al médico y al paciente en 30 días si encuentran alguno. Posteriormente se le pide al médico que reembolse el sobrecosto dentro de los 30 días siguientes o que lo acredite en la cuenta del beneficiario. Los médicos que cargan deliberada, intencional y repetidamente más del límite legal están sujetos a sanciones.

Algunos estados también han aprobado leyes que limitan los costos. Connecticut, Massachusetts, Minnesota, New York, Ohio, Pennsylvania, Rhode Island y Vermont tienen tales leyes en el presente. Si usted vive en uno de estos estados o si quiere saber si su estado tiene una ley que limita costos médicos, llame al programa de consejos del departamento de seguros de su estado o a la oficina para asuntos de la vejez (consulte las listas que comienzan en la página 32).

Límites para otros cobros

Si el cobro total por una cirugía electiva es de $500 o más, los médicos que no aceptan la asignación deben darle un estimado por escrito de lo que cobran antes de la cirugía. Si no le dan una estimación escrita, le deben devolver cualquier suma que usted pagó en exceso de la cantidad aprobada por Medicare. Además, cualquier médico no–participante que le provea servicios sabiendo o teniendo razones para creer que Medicare determinará que no es médicamente necesario y por consiguiente no lo pagará, debe explicárselo por escrito antes de realizarlo. Si no se le dio un aviso escrito y usted no sabía que Medicare no pagaría, puede que no tenga la obligación de pagar ese servicio. Si usted recibió el aviso por escrito y firmó un acuerdo para pagar por el servicio, sin embargo, usted está obligado a pagarlo.

Lo que la cobertura de médico y de proveedores médicos no incluye

Usted paga:

- un deducible anual de $100,
- generalmente, el 20% de seguro complementario y los cobros en exceso de la cantidad aprobada por Medicare permitidos,
- el 50% de las cantidades aprobadas por Medicare para la mayoría de los tratamientos de salud mental como paciente externo,
- todo cobro en exceso a los pagos anuales máximos de Medicare, $720 para médicos independientes o terapeutas ocupacionales,
- todo cobro por la mayoría de los servicios que ni son razonables ni se necesitan en el diagnóstico o tratamiento de una enfermedad o accidente,
- todo cobro por la mayoría de los medicamentos con prescripciones auto-administrables e inmunizaciones, a excepción de las vacunas contra pneumococo, influenza y hepatitis B,
- todo cobro por exámenes físicos de rutina y otros exámenes de detección temprana, a excepción de mamogramas y pruebas Papa-nicolaou.
- todo cobro por exámenes de rutina de los ojos y por anteojos, con excepción de lentes de contacto después de cirugías de catarata,
- todo cobro por los tratamientos de acupuntura,
- todo cobro por la mayoría de las visitas al dentista y por dentaduras (postizas),
- todo cobro por exámenes de audición o de disminución auditiva rutinarios,
- todo cobro de atención fuera de los Estados Unidos y de sus territorios, excepto en algunos casos en Canadá y México,
- todo cobro por atención podiátrica de rutina, excepto cuando las condiciones médicas que afectan las extremidades inferiores requieren atención de un médico, como el caso de la diabetes,
- todo cobro por servicios de un naturista, un practicante de la Ciencia Cristiana, familiares cercanos o cobros que piden los miembros de su hogar, y
- toda factura por las primeras tres pintas de sangre o derivados de la sangre usadas anualmente en conección con los servicios cubiertos, a no ser que se la reemplace. Si el deducible de las 3 primeras pintas de sangre está cubierto bajo la Parte A, no tiene que estarlo bajo la Parte B.

Cuadro de beneficios de Medicare

Los cuadros de las páginas 11 y 12 describen los beneficios de Medicare solamente. La columna "Usted paga" detalla los gastos que usted debe pagar, con dinero de su bolsillo o mediante la compra de algún tipo de seguro privado como se describe en esta guía.

MEDICARE (Parte A): LOS SERVICIOS DE HOSPITAL QUE CUBRE EL SEGURO PARA EL AÑO 1996

Servicios	Beneficios	Medicare paga	Usted paga
HOSPITALIZACIÓN Habitación semiprivada con comida, servicios de cuidado en general y otros servicios y materiales hospitalarios. (Pagos de Medicare basados en los períodos de beneficio; ver página 3)	Primeros 60 días	Todo menos $736	$736
	Del día 61 al 90	Todo menos $184 al día	$184 al día
	Del día 91 al 150*	Todo menos $368 al día	$368 al día
	Después de los 150 días	Nada	Todos los gastos
ATENCIÓN EN UN ESTABLECIMIENTO DE ENFERMERÍA ESPECIALIZADA Habitación semiprivada y comida, servicios de enfermería y de rehabilitación especializados y otros servicios y materiales.** (Cobertura de Medicare basada en los períodos de beneficio; ver página 3)	Primeros 20 días	100% de la cantidad aprobada	Nada
	80 días adicionales	Todo menos $92 al día	Hasta $92 al día
	Después de los 100 días	Nada	Todos los gastos
ATENCIÓN DE SALUD EN EL HOGAR Atención especializada a tiempo parcial o en forma intermitente, servicios de asistencia médica en el hogar, equipo y materiales médicos de uso permanente y otros servicios.	Tiempo ilimitado, siempre y cuando usted cumpla con los requisitos de Medicare para los beneficios de atención de salud en el hogar.	100% de la cantidad aprobada; 80% de la cantidad aprobada para el equipo médico se uso permanente.	Nada por los servicios; 20% de la cantidad aprobada para equipos médicos de uso permanente.
ATENCIÓN DE SANATORIO Para calmar el dolor, controlar síntomas y servicios de apoyo para personas con enfermedades terminales.	Por el tiempo que el médico certifique como necesario.	Todo, menos los cobros limitados por los medicamentos de paciente externo y por la atención del paciente con enfermedad terminal internado temporariamente (inpatient respite care).	Gastos límite que comparte por medicamentos de paciente externo y por la atención del paciente con enfermedad terminal internado temporariamente.
SANGRE Cuando la da el hospital o el establecimiento de enfermería especializada durante una estadía cubierta.	Tiempo ilimitado, durante un período de beneficio si es médicamente necesario.	Todo menos las primeras tres pintas por cada año calendario.	Por las primeras tres pintas.***

* Los 60 días de reserva se pueden usar sólo una vez.
** Ni el seguro Medicare ni el de Medigap pagarán la mayor parte de la atención en un hogar para personas mayores (nursing home).
*** Si se reembolsan o reemplazan las primeras tres pintas de sangre bajo una de las partes de Medicare durante el año calendario, no se tienen que pagar o reemplazar bajo la otra parte.

MEDICARE (Parte B): SERVICIOS MÉDICOS CUBIERTOS POR EL SEGURO PARA EL AÑO 1996

Servicios	Beneficios	Medicare paga	Usted paga
GASTOS MÉDICOS Los servicios de los médicos, los servicios médicos, quirúrgicos y los suministros dados a pacientes internos y externos, la terapia física y de lenguaje, los exámenes de diagnóstico, el equipo médico de uso permanente y otros servicios.	Ilimitado si es médicamente necesario.	El 80% de la cantidad aprobada (después del deducible de $100). El 50% de la cantidad aprobada para la mayoría de los servicios de salud mental como paciente externo.	Los $100 de deducible, * más el 20% de la cantidad aprobada y los cobros límite por encima de la cantidad aprobada.** El 50% para la mayoría de los servicios de salud mental.
SERVICIO DE LABORATORIO CLÍNICO Pruebas de sangre, orina y otros servicios.	Ilimitado si es médicamente necesario.	Generalmente el 100% de la cantidad aprobada.	Nada por los servicios.
ATENCIÓN DE SALUD EN EL HOGAR Atención especializada a tiempo parcial o en forma intermitente, servicio de asistencia médica a domicilio, equipo médico de uso permanente, suministros y otros servicios.	Ilimitado mientras cumpla con los requisitos de Medicare.	El 100% de la cantidad aprobada; el 80% de la cantidad aprobada por Medicare para equipos médicos de uso permanente.	Nada por los servicios; el 20% de la cantidad aprobada por Medicare para el equipo médico de uso permanente.
ATENCIÓN HOSPITALARIA DE PACIENTES EXTERNOS Servicios de diagnóstico o tratamiento de una enfermedad o de un accidente.	Ilimitado si es médicamente necesario.	Pago del Medicare al hospital basado en los costos hospitalarios.	El 20% de la cantidad facturada (después del deducible de $100).*
SANGRE	Ilimitado si es médicamente necesario.	El 80% de la cantidad aprobada (después del deducible de $100 y comenzando con la cuarta pinta de sangre).	Las primeras 3 pintas más el 20% aprobado para pintas adicionales (después del deducible de $100).***

* Cuando usted ha tenido $100 de gasto por servicios cubiertos, el deducible de la Parte B no aplica a ningún otro servicio cubierto que usted reciba en el resto del año.

** La ley federal limita las facturas por servicios médicos (ver página 9).

*** Si se reembolsan o reemplazan las tres primeras pintas de sangre bajo una parte de Medicare durante el año calendario, no se tienen que pagar o reemplazar bajo la otra Parte.

TIPOS DE SEGUROS DE SALUD PRIVADOS

Si después de considerar las diversas opciones que tiene decide que necesita otro seguro, hay una variedad de pólizas de seguro privadas disponibles que ayudan a pagar los gastos médicos, los servicios y los suministros que Medicare no cubre o cubre sólo parcialmente. Entre los tipos básicos de cobertura se incluyen:

1. Las pólizas Medigap que pagan parte de la cantidad que Medicare no paga por los servicios cubiertos y pagarían ciertos servicios que Medicare no cubre.
2. Planes de atención administrada como las organizaciones de costos controlados (Health Maintenance Organizations—HMOs), que le ofrecen servicios médicos directamente bajo una prima mensual fija.
3. La continuación o conversión de una póliza provista por la empresa u otra póliza que tenga al cumplir 65 años.
4. Pólizas de atención por tiempo prolongado o en hogares para mayores de 65 años, que pagan en efectivo por cada día cubierto en el sanatorio o en el hogar.
5. Las pólizas de reembolso hospitalario que pagan en efectivo por cada día de servicio hospitalario como paciente internado.
6. Las pólizas por enfermedades específicas que pagan sólo cuando se necesita tratamiento para la enfermedad cubierta por el seguro.

Aunque comenzaremos por el Medigap, cada una de estas alternativas se discutirá en orden.

Medigap

El seguro Medigap, que la mayoría de los beneficiarios compran porque está diseñado específicamente para complementar los beneficios de Medicare, está regulado por leyes federales y estatales, y se lo debe identificar claramente como seguro suplementario de Medicare. Provee beneficios específicos que ayudan a suplir lo que Medicare no cubre. Hay otros tipos de seguro que le pueden ayudar con los costos de atención médica que debe pagar con su propio dinero, pero no califican como planes Medigap.

Planes Medigap uniformes: Para hacerle más fácil a los consumidores la comparación al comprar seguros Medigap, casi todos los estados y territorios de Estados Unidos más el Distrito de Columbia limitan las distintas pólizas que se pueden vender en cualquiera de esas jurisdicciones a no más de 10 planes Medigap uniformes. La Asociación Nacional de Comisionados de Seguros fue quien desarrolló los planes descritos a partir de la página 14 y los incorporó a la ley estatal y federal.

Se los designa con letras que van desde la «A» hasta la «J», siendo el Plan A el paquete de beneficios "básico". Cada uno de los otros 9 planes incluye el paquete básico más diferentes combinaciones de beneficios adicionales. Los planes cubren gastos específicos que no están cubiertos o sólo están parcialmente cubiertos por Medicare, siendo el plan «A» el más básico y el «J» el más completo. Las compañías de seguros no tienen permitido cambiar la combinación de beneficios ni las designaciones de letras de ninguno de los planes.

Cada estado debe permitir la venta del Plan A y todas las compañías aseguradoras de Medigap deben ofrecerlo si van a vender otros planes de Medigap en un estado. A pesar que no se les obliga a ofrecer ninguno de los otros 9 planes, la mayoría de las compañías aseguradoras ofrecen una selección de varios planes y algunos ofrecen los 10. Ellas pueden decidir independientemente cuáles de los 9 planes optativos venderán, siempre y cuando los planes que seleccionen hayan sido aprobados para la venta en el estado donde los vayan a vender. Algunos estados limitan la cantidad de planes disponibles y, como por ejemplo, Delaware no permite la venta de los Planes C, F, G y H, y Vermont prohíbe la venta de los Planes F, G e I.

Continúa en la página 18

Planes Medigap Uniformes (Normalizados)

A continuación se ofrece una lista de los 10 planes uniformes y los beneficios que provee cada uno de ellos:

PLAN A **(la póliza básica) consiste en los siguientes beneficios básicos:**

- cobertura de la suma del seguro complementario de la Parte A ($184 diarios para el año 1996) para el lapso entre los días 61 y 90 de hospitalización en cada período de beneficio de Medicare,
- cobertura de la suma de seguro complementario de la Parte A ($368 diarios para el año 1996) para cada uno de los 60 días usados de reserva vitalicia (que no se pueden renovar), para pacientes de Medicare internados en un hospital,
- al agotar todos los beneficios hospitalarios de Medicare, cubre el 100% de los gastos de la Parte A de Medicare en un hospital participante. La cobertura está limitada a un máximo de 365 días adicionales de atención hospitalaria como paciente interno, durante la vida del dueño de la póliza. Este beneficio se paga tanto al valor que Medicare paga a los hospitales bajo su Sistema Fijo de Pago (*Prospective Payment System*—PPS) o bajo otra norma de pago apropiada para los hospitales que no están sujetos al PPS,
- cobertura bajo las partes A y B de Medicare para el costo de las primeras 3 pintas de sangre o cantidades equivalentes de derivados de la sangre por año calendario, a menos que se reemplace la sangre según regulaciones federales, y
- cobertura de la cantidad de seguro complementario por los servicios de la Parte B (generalmente el 20% de la cantidad aprobada, el 50% de los costos aprobados para los servicios de salud mental de paciente externo) después de haber cubierto el deducible de $100 anuales.

PLAN B **incluye los beneficios básicos además del siguiente:**

- cobertura del deducible de la Parte A del Medicare para pacientes hospitalarios internados ($736 por período de beneficio para el año 1996).

PLAN C **incluye los beneficios básicos además de los siguientes:**

- cobertura del deducible de la Parte A de Medicare,
- cobertura de la suma del seguro complementario por atención de enfermería especializada en un establecimiento ($92 por día desde el día 21 hasta el día 100 para un período de beneficio del año 1996),
- cobertura del deducible de la Parte B de Medicare ($100 para el año 1996), y
- 80% de la cobertura por la atención de emergencia médicamente necesaria en otro país, después de un deducible de $250.

PLAN D **incluye los beneficios básicos además de los siguientes:**

- cobertura del deducible de la Parte A del Medicare,
- cobertura de la suma de seguro complementario diario por la atención en un establecimiento de enfermería especializada,
- 80% de la cobertura por atención de emergencia médicamente necesaria en otro país, después de un deducible de $250, y
- cobertura para la recuperación en el hogar. Los beneficios de recuperación a domicilio cubren hasta $1.600 anuales por asistencia en el hogar con actividades de la vida diaria (bañarse, vestirse, higiene personal, etc.)

para aquellas personas que se recuperan de una enfermedad, accidente o cirugía por períodos cortos. Los beneficios tienen varios requisitos y limitaciones (ver página 18).

PLAN E **incluye los beneficios básicos además de los siguientes:**

- cobertura del deducible de la Parte A de Medicare,
- cobertura de la suma del seguro complementario diario por la atención en un establecimiento de enfermería especializada,
- 80% de la cobertura por la atención de emergencia médicamente necesaria en otro país, después del deducible de $250, y
- cobertura para la atención médica preventiva. Los pagos de los beneficios de atención médica preventiva son de hasta $120 anuales para servicios como exámenes físicos, análisis de colesterol en suero, pruebas de audición, pruebas de diabetes y pruebas de funcionamiento de la tiroides.

PLAN F **incluye los beneficios básicos además de los siguientes:**

- cobertura del deducible de la Parte A de Medicare,
- cobertura de la suma del seguro complementario diario por la atención en establecimientos de enfermería especializada,
- cobertura del deducible de la Parte B de Medicare,
- 80% de la cobertura por la atención de emergencia médicamente necesaria en otro país, después de un deducible de $250, y
- cobertura del 100% de los cobros en exceso de la Parte B de Medicare.*

PLAN G **incluye los beneficios básicos además de los siguientes:**

- cobertura del deducible de la Parte A de Medicare,
- cobertura de la suma del seguro complementario diario por la atención en establecimientos de enfermería especializada,
- cobertura del 80% de los costos en exceso de la Parte B de Medicare,*
- 80% de la cobertura por la atención de emergencia médicamente necesaria en otro país, después de un deducible de $250, y
- cobertura para la recuperación en el hogar (ver Plan D).

PLAN H **incluye los beneficios básicos además de los siguientes:**

- cobertura del deducible de la Parte A de Medicare,
- cobertura de la suma del seguro complementario diario por la atención en establecimientos de enfermería especializada,
- 80% de la cobertura por la atención de emergencia médicamente necesaria en otro país, después de un deducible de $250, y
- cobertura del 50% del costo de los medicamentos recetados hasta un beneficio máximo anual de $1.250, después que el dueño de la póliza cubre el deducible anual de $250 (esto se llama beneficio "básico" de medicamentos por prescripción).

* El plan paga un porcentaje específico de la diferencia entre la suma aprobada por Medicare para los servicios de la Parte B y los cobros reales (hasta la suma de los cobros límite determinados por Medicare o por una ley del estado).

PLAN I incluye los beneficios básicos además de los siguientes:

- cobertura del deducible de la Parte A de Medicare,
- cobertura de la suma del seguro complementario diario por la atención en establecimientos de enfermería especializada,
- cobertura del 100% de los cobros en exceso de la Parte B de Medicare,*
- cobertura básica de medicamentos por prescripción (ver Plan H para la explicación),
- 80% de la cobertura por la atención de emergencia médicamente necesaria en otro país, después de un deducible de $250, y
- cobertura para la recuperación en el hogar (ver Plan D).

PLAN J incluye los beneficios básicos además de los siguientes:

- cobertura del deducible de la Parte A de Medicare,
- cobertura de la suma del seguro complementario diario por la atención en establecimientos de enfermería especializada,
- cobertura del deducible de la Parte B de Medicare,
- cobertura del 100% de los cobros en exceso de la Parte B de Medicare,*
- 80% de la cobertura por atención de emergencia médicamente necesaria en otro país, después de un deducible de $250,
- cobertura para la atención médica preventiva (ver Plan E),
- cobertura para la recuperación en el hogar (ver Plan D), y
- cobertura del 50% del costo de los medicamentos por prescripción médica hasta un beneficio máximo anual de $3.000, después que el dueño de la póliza cubra el deducible anual de $250 (esto se llama beneficio "extendido" de medicamentos recetados).

* El plan paga un porcentaje específico de la diferencia entre la suma aprobada por Medicare para los servicios de la Parte B y los cobros reales (hasta la suma de los cobros límite determinados por Medicare o por una ley del estado).

Cuadro de los Diez Planes Uniformes de Suplemento al Medicare

El seguro de suplemento al Medicare puede venderse solamente en 10 planes uniformes. Este cuadro muestra los beneficios que incluye cada plan. Cada compañía debe ofrecer el Plan «A». Tal vez algunos planes no estén disponibles en su estado.

Beneficios básicos: Incluidos en todos los planes.
Hospitalización: El seguro complementario de la Parte A más la cobertura de 365 días adicionales cuando los beneficios de Medicare terminan.
Gastos Médicos: El seguro complementario de la Parte B (generalmente el 20% de los gastos aprobados por Medicare).
Sangre: Primeras 3 pintas de sangre por año.

A	B	C	D	E	F	G	H	I	J
Beneficio básico	Beneficio básico	Beneficio básico	Beneficio básico	Beneficio básico	Beneficio básico	Beneficio básico	Beneficio básico	Beneficio básico	Beneficio básico
		Seguro complementario (coinsurance) por atención especializada	Seguro complementario (coinsurance) por atención especializada	Seguro complementario (coinsurance) por atención especializada	Seguro complementario (coinsurance) por atención especializada	Seguro complementario (coinsurance) por atención especializada	Seguro complementario (coinsurance) por atención especializada	Seguro complementario (coinsurance) por atención especializada	Seguro complementario (coinsurance) por atención especializada
	Deducible de la Parte A	Deducible de la Parte A	Deducible de la Parte A	Deducible de la Parte A	Deducible de la Parte A	Deducible de la Parte A	Deducible de la Parte A	Deducible de la Parte A	Deducible de la Parte A
		Deducible de la Parte B			Deducible de la Parte B				Deducible de la Parte B
					Exceso de la Parte B (100%)	Exceso de la Parte B (80%)		Exceso de la Parte B (100%)	Exceso de la Parte B (100%)
		Emergencia en viaje al exterior	Emergencia en viaje al exterior	Emergencia en viaje al exterior	Emergencia en viaje al exterior	Emergencia en viaje al exterior	Emergencia en viaje al exterior	Emergencia en viaje al exterior	Emergencia en viaje al exterior
			Recuperación en el hogar			Recuperación en el hogar		Recuperación en el hogar	Recuperación en el hogar
							Beneficio básico de medicamentos (límite de $1.250)	Beneficio básico de medicamentos (límite de $1.250)	Beneficio extendido de medicamentos (límite de $3.000)
				Atención preventiva					Atención preventiva

Continuación de la página 13
Los residentes de Minnesota, Massachusetts y Wisconsin encontrarán que sus planes Medigap son diferentes a los que se venden en otros estados, porque estos estados pusieron en efecto los programas alternativos para la reglamentación del Medigap antes que se redactara la legislación federal de normalización de Medigap. A estos estados no se les requirió, por tanto, que cambiaran sus planes Medigap. Si usted vive en Minnesota, Massachusetts o Wisconsin, llame al departamento de seguro de su estado para saber qué cobertura Medigap está disponible.

Las únicas áreas donde las normas no son válidas son Guam, American Samoa y el *Commonwealth* de las Islas Marianas del Norte.

Beneficios Innovadores: Aparte de los planes uniformes de beneficios, la ley federal le permite a los estados que le den la oportunidad a una compañía de seguros para que agregue "beneficios nuevos e innovadores" al plan uniforme. Cualquiera de estos beneficios (nuevos o innovadores) deben ser eficaces en función de sus costos, no deben estar disponibles en el mercado y se los debe ofrecer teniendo en mente la simplificación como meta. Averigüe en el departamento de seguro de su estado si tales beneficios están disponibles allí.

Comparación de Planes Medigap. Las compañías de seguro Medigap deben usar el mismo formato, lenguaje y definición en las descripciones de los beneficios de cada uno de los planes de Medigap. Además se les requiere que usen cuadros similares y expliquen la cobertura en el resumen de los beneficios. Cuando esté tratando de comprar una póliza de Medigap, tenga en cuenta que los productos de cada compañía son semejantes, y que están compitiendo en servicios, capacidad para cumplir y precios. Compare los beneficios y las primas y, antes de comprar, asegúrese que le satisface la reputación de la compañía aseguradora.

Lo que cubren los Planes Medigap: La póliza Medigap paga la mayor parte o el total de las sumas de seguro complementario (coinsurance) de Medicare, y puede proveer cobertura para los deducibles de Medicare. Algunos de los 10 planes uniformes pagan los servicios que Medicare no cubre, como los medicamentos recetados a los pacientes externos, los análisis preventivos y la atención médica de emergencia si está de viaje fuera de los Estados Unidos. Algunos planes también proveen la cobertura de los costos que exceden la cantidad aprobada por Medicare y de los servicios de atención personal en el hogar.

Algunos de los beneficios tienen límite en dólares. El beneficio de recuperación en el hogar, por ejemplo, disponible en algunos planes, cubre hasta $40 por visita, hasta siete visitas por semana y se puede usar hasta 8 semanas después de haber agotado las visitas de atención de salud a domicilio cubiertas por Medicare; con un beneficio máximo de $1.600 por año calendario. Para calificar en el beneficio de recuperación en el hogar, su médico debe ordenar el tratamiento que usted debe recibir en el hogar para recuperarse de una enfermedad, un accidente o una cirugía cubiertos por Medicare.

Tanto el beneficio extendido como el básico para medicamentos recetados al paciente externo también tienen límites de pago. Bajo la cobertura básica, usted debe pagar el deducible de $250 por año calendario, y la póliza cubre el 50% restante de los costos de los medicamentos recetados como paciente externo, hasta un máximo de beneficios de $1.250 por año calendario. El beneficio extendido de medicamentos recetados también paga el 50% de sus facturas por medicamentos hasta un máximo de $3.000 al año después que usted paga los primeros $250.

El beneficio de análisis preventivo paga un máximo de $120 al año por exámenes de atención de salud ordenados por un médico. El beneficio de emergencia en viajes al exterior cubre el 80% de los costos de la atención médica de emergencia durante los dos primeros meses de estadía por cada viaje fuera de los Estados Unidos después de haber pagado el deducible $250 anuales. En el beneficio hay un máximo por vida, y es de $50.000.

A diferencia de algunos tipos de cobertura de salud que restringen dónde y de parte de quién se puede recibir atención médica, las pólizas Medigap generalmente pagan los mismos beneficios de suplemento sin considerar a quién elige como proveedor de la atención médica. Si Medicare paga por un servicio recibido donde sea, la póliza uniforme Medigap común debe pagar su parte regular de los beneficios. La única excepción es Medicare SELECT.

Medicare SELECT: Otro producto de los seguros médicos que suplementan al Medicare se llama "Medicare SELECT" y las compañías de seguros y los HMOs lo pueden vender en todo el país.

Medicare SELECT es igual al seguro uniforme Medigap en casi todos los aspectos. Si usted compra una póliza de seguro Medicare SELECT, está comprando uno de los planes uniformes de Medigap.

La única diferencia entre Medicare SELECT y el seguro uniforme Medigap es que, en la primera, cada compañía de seguros tiene hospitales específicos y, en algunos casos, médicos específicos que usted debe usar para obtener los beneficios totales, excepto cuando se trata de una emergencia. Como resultado de estos requisitos, las pólizas de Medicare SELECT generalmente tienen primas más bajas si se las compara con otras pólizas Medigap.

Cuando usted va a un "proveedor preferido" de seguros, Medicare paga su parte de las facturas aprobadas y el seguro se hace responsable del total de los beneficios de suplemento que brinda en su póliza. En general, las pólizas Medicare SELECT no están obligadas a pagar beneficios si usted no usa proveedores preferidos cuando los servicios no son de emergencia. Medicare, sin embargo, seguirá pagando su parte de las facturas aprobadas sin tomar en cuenta qué proveedor escoge.

El Congreso Federal diseñó Medicare SELECT como un programa experimental y en un comienzo aprobó su disponibilidad en 15 estados. El año pasado el Congreso expandió el programa para que incluyera a todos los estados y se extendiera por tres años más. Si el Congreso decide descontinuar el Medicare SELECT, los agentes de seguro se verán obligados a respetar todas las pólizas vigentes de Medicare SELECT. Si usted tiene una póliza Medicare SELECT y el programa se termina en el año 1998, podrá mantener la póliza SELECT sin cambios en los beneficios o, independientemente de su estado de salud, comprar otra póliza Medigap que le ofrezca el agente de seguro, si éste le ofrece un seguro Medigap diferente a Medicare SELECT. En lo posible, la póliza de reemplazo tendrá que proveer similares beneficios.

Aunque Medicare SELECT está autorizado para la venta en todos los estados, puede que todavía no esté aprobada la venta en su estado. Usted se puede enterar si está disponible en su estado llamando al departamento de seguro o a la oficina de consejos de seguros de su estado.

Primas de Medigap: Aunque los beneficios son idénticos para todos los planes similares de Medigap, las primas pueden variar mucho de una compañía a otra y de un área a otra. Las compañías de seguros usan tres métodos diferentes para calcular las primas: la edad al comprarla, la edad alcanzada y sin clasificación por edad.

Si su compañía usa el método de edad a la fecha de la compra y usted tenía 65 años al hacerlo, pagará siempre la misma prima que le cobra la compañía a quienes tienen 65, sin considerar su edad. Si la compañía usa el método de la edad alcanzada, la prima se calcula según la edad que usted tiene en ese momento y aumentará según aumenta su edad.

Si no se toma en cuenta la edad, todos pagan la misma prima. El departamento de seguro de su estado debe aprobar las tarifas a cobrar para todas las pólizas de Medigap. La compañía de seguros puede aumentar sus primas sólo cuando tiene aprobación para aumentarlas para todos los que tengan la misma póliza.

La inscripción abierta garantiza sus derechos a la cobertura Medigap: Las leyes federales y estatales garantizan que, por un período de seis

meses desde el día que usted se inscribe en la Parte B de Medicare siendo ya mayor de 65 años, tiene derecho a comprar la póliza Medigap que elija, sin considerar los problemas de salud que tenga. Si su cumpleaños es el primer día del mes, sin embargo, su cobertura de la Parte B comienza el primer día del mes anterior, cuando usted todavía tenía 64 años de edad. Su período de inscripción abierta de Medigap también comienza en ese momento.

Durante esos seis meses de período de inscripción abierta, usted puede comprarle a un agente de seguros que venda Medigap en su estado cualquier póliza Medigap. La compañía no le puede negar o condicionar la entrega o amplitud de cobertura o discriminar en el precio de una póliza como resultado de su historia clínica, condición médica o historia de facturación. La compañía, sin embargo, puede imponerle las mismas restricciones sobre enfermedades preexistentes (ver páginas 21 y 29) que aplican a las pólizas Medigap vendidas fuera del período abierto de inscripción.

Su tarjeta Medicare indica las fechas de vigencia de cobertura de la Parte A y/o Parte B. Para calcular si está en el período abierto de inscripción de Medigap, agregue seis meses a la fecha de vigencia de su cobertura de la Parte B. Si la fecha cae en un futuro y usted ya ha cumplido los 65 años, es elegible para la inscripción abierta. Si la fecha pasó, probablemente no es elegible. (Si le correspondía el Medicare antes de los 65 años de edad, refiérase a la sección siguiente sobre la inscripciones abiertas y minusválidos.)

Si usted goza de un plan de salud en grupo ofrecido por la empresa donde trabaja, cuando llegue a los 65 años de edad y sea elegible bajo la Parte B, considere sus opciones con cuidado. Ya inscrito en la Parte B, comienza el período de inscripción abierta de seis meses de Medigap y no se puede extender ni repetir.

Si tiene cobertura bajo un plan de empresa que es el principal ante Medicare al pagar sus facturas médicas, no necesitará un plan Medigap hasta que pierda la cobertura del plan de la empresa. Si usted compra la Parte B como suplemento al plan de la empresa, siendo éste su cobertura primaria, usted activará su período de inscripción abierta de Medigap cuando no le será útil.

Siendo así, quizás quiera esperar para comprar la Parte B hasta que esté listo para usar su período de inscripción abierta en Medigap lo más eficientemente posible. Tenga en cuenta, además, que si ya ha activado el período de inscripción abierta de Medigap a los 65 años, pierde la oportunidad de tener otro aunque descarte la Parte B y después vuelva a inscribirse durante un período especial cuando ya no tiene cobertura del plan de la empresa.

La inscripción abierta de Medigap y el minusválido: Si usted comienza a ser elegible bajo los beneficios de la Parte B antes de cumplir 65 años a causa de una incapacidad o insuficiencia renal crónica (permanent kidney failure), la ley federal le garantiza el acceso a la póliza Medigap de su elección al cumplir 65 años de edad.

Durante los primeros seis meses después de cumplir sus 65 años, y ya inscrito en la Parte B, puede comprar la póliza de su elección sin considerar si se inscribió o no en la Parte B antes de los 65 años. Su período de seis meses de inscripción abierta de Medigap comienza el primer día del mes que cumple los 65 años o el primer día del mes anterior si su cumpleaños es el primero del mes corriente.

Durante estos seis meses, no le pueden negar una póliza por su condición de minusválido u otras razones médicas. Tampoco se le puede cobrar más que a los otros solicitantes, que pueden reducir en mucho la cantidad que usted paga. Si están disponibles en su estado, aquí se incluyen las pólizas Medigap que cubren los medicamentos de paciente externo. Le pueden imponer un período de espera de hasta seis meses para aceptar el cubrir una enfermedad que ya tenía.

Algunos estados exigen más que la ley federal y requieren, por lo menos, una inscripción abierta limitada para los beneficiarios de la Parte B de

Medicare menores de 65 años. Entérese de cuál es la situación en su estado. Además de los requisitos estatales, la ley federal requiere que se den oportunidades de inscripción abierta al cumplir los 65 años, aun estando calificado previamente para una inscripción abierta bajo la ley estatal. A los 65 años, el período de inscripción abierta Medigap para todos los beneficiarios incapacitados o con insuficiencia renal es un requisito que se puso en vigor el primero de enero de 1995.

Garantía renovable: Se garantiza que todas las pólizas uniformes Medigap se pueden renovar. Esto significa que la compañía de seguros no puede rehusar la renovación de una póliza a menos que no se paguen las primas o se hayan falsificado datos en la solicitud de inscripción. En las pólizas más viejas, que dan menos cobertura permanente, a las compañías se les permite negar la renovación sobre bases individuales.

Pólizas Medigap antiguas: Muchos requisitos federales no aplican a las pólizas Medigap que se vendieron antes del año 1992, cuando a Medigap se le impusieron normas. Si tiene una póliza anterior al año 1992, por lo general no necesita cambiar a uno de los 10 planes uniformes, aunque le pueden pedir que lo cambie si su plan antiguo no era renovable automáticamente y la compañía suspende el tipo de póliza que usted tiene.

Averigüe en el departamento de seguros de su estado qué requisitos específicos están en vigor. Aun cuando no se le pida cambiar su póliza antigua, tal vez quiera considerar su reemplazo por uno de los planes Medigap uniformes si le es ventajoso y un agente de seguros está dispuesto a vendérselo.

Si la reemplaza, no puede volver a su póliza antigua. Antes de cambiar, compare los beneficios y las primas, y determine si hay períodos de espera para alguno de los beneficios de la póliza nueva. Puede que algunas pólizas más viejas den mejor cobertura, especialmente para medicamentos recetados y atención de enfermería especializada prolongada.

Usted no necesita más de una póliza Medigap y, si ya tiene una, debe firmar una declaración cuando compre otra indicando que intenta reemplazar su póliza vigente y que no mantendrá ambas. No cancele la póliza antigua hasta que la nueva entre en vigor y se decida a mantenerla.

Uso de la cláusula "Mirar gratis": Las compañías de seguro deben darle, por lo menos, 30 días para que revise su póliza Medigap. Si decide que no la quiere, envíela de nuevo a su agente o compañía antes que se cumplan los 30 días de recibida y pida reembolso de todas las primas que pagó. Llame al departamento de seguros de su estado si tiene problemas para conseguir el reembolso.

Si tiene una póliza Medigap por más de seis meses y decide cambiarla, la póliza de reemplazo no le puede fijar períodos de espera para una condición preexistente. Si, en cambio, se incluye un nuevo beneficio en la póliza de reemplazo, se le puede aplicar un período de espera de hasta 6 meses para ese beneficio en especial, si su estado no lo prohíbe.

Planes no uniformes: Cualquier venta de un plan Medigap que no cumpla las normas Medigap es ilegal. Aquí se incluyen los "acuerdos de anticipo" que un médico puede ofrecerle donde él(ella) provee ciertos servicios que Medicare no cubre y renuncia a las sumas del seguro complementario y del deducible de Medicare. Estos acuerdos pueden transgredir leyes federales que gobiernan las pólizas Medigap.

Si un médico rehúsa verle como paciente de Medicare, a menos que le pague un honorario anual y le firme uno de estos "acuerdos de anticipo", usted debería presentar una queja ante las autoridades federales llamando al **1-800-638-6833.**

La presentación de facturas Medigap por un intermediario: Bajo ciertas circunstancias, al recibir servicios médicos cubiertos por Medicare y por Medigap, quizás no necesite presentar facturas separadas a su agente de seguro Medigap para que le paguen directamente a su médico o proveedor médico.

Por ley, el intermediario de Medicare que procesa las solicitudes Medicare en el área donde usted vive, debe enviar su factura al agente de Medigap para que cancele la factura de la Parte B de Medicare cuando cumple las tres condiciones siguientes:

1. Su médico o proveedor ha firmado un acuerdo de participación con Medicare para aceptar la asignación de las factura Medicare de todos los pacientes que son beneficiarios de Medicare;
2. Su póliza es una póliza Medigap;
3. Usted ha instruido al médico para que indique en el formulario de facturas Medicare que usted desea que el pago de los beneficios de Medigap se haga a los médicos o proveedores participantes. Su médico pondrá el número de póliza Medigap de usted en el formulario de pago Medicare.

Al reunir estas condiciones, el intermediario de Medicare procesará la factura Medicare, enviándola al seguro Medigap y, por lo general, a usted le enviará la "Explicación de los beneficios de Medicare" (EOMB, siglas en inglés). Su seguro Medigap paga los beneficios directamente a su médico o proveedor médico y le envía a usted un aviso de que ya lo ha hecho.

Si el agente de seguros rehúsa pagar directamente al médico cuando se reúnen estas tres condiciones, usted deberá informarle esto al departamento de seguro de su estado. Si desea más información sobre la facturación Medigap del intermediario, llámelo. Busque el nombre y número de teléfono del intermediario de su área en *Su Manual de Medicare* (*Your Medicare Handbook*).

En otro acuerdo se indica que algunos agentes de Medigap tienen contratos que se "entrecruzan" con Medicare. Si su compañía tiene un contrato de "entrecruzamiento", Medicare enviará automáticamente todas sus facturas directamente al agente de Medigap, aun cuando el médico no haya firmado acuerdos de participación con Medicare.

Planes de costos controlados (managed care) que tienen contrato con Medicare

A veces, a los planes de atención administrada los llaman planes de costos controlados, planes de pago anticipado o *Health Maintenance Organizations o* HMOS, en inglés. Se los puede entender como una combinación entre una compañía de seguros y un médico u hospital. Al igual que una compañía de seguros, estos planes cubren los costos de atención médica a cambio de una prima mensual y, al igual que un médico u hospital, dan servicios de atención médica.

Cada plan tiene su propia red de hospitales, establecimientos de enfermería especializada, agencias de salud a domicilio, médicos y otros profesionales. Por lo general, dependiendo de la organización del plan, los servicios se dan en uno o más establecimientos de atención médica ubicados en zonas urbanas céntricas o en las prácticas privadas o consultorios de los médicos y de otros profesionales de la salud que participan en el plan.

La mayoría de los planes de costos controlados permiten seleccionar al médico de atención primaria entre aquellos que son parte del plan. Si usted no selecciona uno, lo escogerán por usted. Su médico de atención primaria es el responsable de coordinar su atención médica, de admitirlo en un hospital y de referirlo a especialistas.

Quizás tenga que pagar al plan una prima mensual fija y hacer pequeños pagos adicionales cada vez que va al médico o usa otros servicios. Las primas y los pagos adicionales varían de un plan a otro y pueden cambiar cada año. Se debe seguir pagando la cuota por la Parte B a Medicare. Usted no le paga a Medicare ni el deducible ni el seguro complementario.

Por lo general, no hay cobros adicionales a pesar de la cantidad de veces que usted visita al médico, está hospitalizado o usa otros servicios cubiertos. Bajo el plan y como miembro de él, goza de todos los beneficios hospitalarios y médicos de Medicare y se mantienen todos los derechos de protección y apelación de Medicare.

Antes de comprar un plan, pregunte si aquel tiene algún contrato de "riesgo" (risk plans) o de "costo" (cost plans) con Medicare. Los planes con contratos de "riesgo" tienen requisitos de "exclusión" que significa que, por lo general, no se pueden recibir servicios médicos diferentes a los asignados o referidos por el plan.

En la mayoría de los casos, si recibe servicios que no son del plan, no se los pagarán ni el plan ni Medicare y quien debe pagar el total de la factura es usted. Las únicas excepciones reconocidas por todos los planes que tienen contrato con Medicare son los servicios de emergencia que puede recibir en cualquier lugar de los Estados Unidos y los tratamientos urgentemente necesarios que debiera recibir estando temporariamente afuera de las áreas de servicio del plan.

Ahora hay unos pocos planes de riesgo que ofrecen una tercera excepción y se llama opción "punto o lugar de servicio" (*Point-of-service*—POS). Bajo la opción POS, el plan permite recibir ciertos servicios fuera de la red de proveedores establecida por el plan, que paga un porcentaje de la factura. A cambio de esta flexibilidad, se paga una porción del costo, que generalmente es más del 20% de la factura.

A diferencia de los planes de riesgo, los planes de costo no tienen requisitos de exclusión y si se inscribe en uno de ellos puede ir, o a un profesional de la salud que está afiliado al plan o a uno que no lo está. Si no lo está, el plan probablemente no pagará y Medicare tendrá que pagar su porción que apruebe dentro de la factura. Usted debe pagar el seguro complementario de Medicare, el deducible y otros costos, tal como si recibiera la atención bajo un sistema de honorarios por servicio. Gracias a esta flexibilidad, un plan de costos puede ser buena elección si viaja frecuentemente, vive parte del año en otro estado o si quiere continuar visitando un médico que no es afiliado al plan.

Como los beneficios varían de un plan a otro, todos los planes que tienen tanto contratos de riesgo como de costo deben ofrecer todos los beneficios de Medicare que generalmente se ofrecen en el área de servicio del plan. Si sólo tiene derecho a la Parte B o si tiene derecho a ambas, A y B, puede conseguir todos los beneficios de Medicare mediante el plan. Además de brindarle todos los beneficios de Medicare, muchos planes promocionan atención médica preventiva cuando ofrecen beneficios extras—tales como exámenes de los ojos, aparatos auditivos, exámenes generales, inoculaciones o vacunas programadas y medicamentos recetados—económicos o gratis.

Inscripción en el plan de costos controlados: La mayoría de los beneficiarios de Medicare son elegibles para la inscripción en un plan de costos controlados con contratos de riesgo o de costos, y en muchos lugares del país hay servicios de uno o más de estos planes que tienen contratos con Medicare. Si vive en el área de servicio del plan, tiene la Parte B de Medicare, no sufre de insuficiencia renal crónica y no ha sido elegido para los beneficios de hogar para personas mayores de Medicare, usted se puede inscribir. El plan debe aceptar a los beneficiarios de Medicare, incluyendo a los beneficiarios incapacitados que no cumplen los requisitos de edad de Medicare, en orden de solicitud, sin exámenes médicos y durante un período de, por lo menos, 30 días de inscripción abierta anual.

Usted puede averiguar qué planes se ofrecen en su área si llama a cualquiera de las oficinas de la Administración del Seguro Social. La información también está disponible en la oficina que aconseja sobre seguros en su estado (consulte la lista por estado que comienza en la página 32).

Antes de decidirse por un plan, asegúrese de leer cuidadosamente los materiales para los miembros del plan para saber cuáles son los derechos que usted tiene y el tipo y el alcance de su cobertura. Si vive en un área donde se ofrece más de un plan, compare los beneficios, los costos y otros aspectos para determinar cuál es el que cubre sus necesidades. Si viaja mucho o vive en otro estado parte del año, también debe considerar cuidadosamente las ventajas y desventajas de inscribirse en uno de los

planes, porque mientras algunos planes proveen cobertura por un período fijo de tiempo cuando viaja, otros no.

Usted puede permanecer en un plan de costos controlados mientras este plan tenga contrato con Medicare o puede cancelarlo en cualquier momento para afiliarse a otro plan o regresar al honorario por servicio de Medicare. Para terminar su inscripción, envíe un pedido firmado al plan o a la oficina de Administración del Seguro Social local o, si es apropiado, a la Junta de Retiro de Ferrocarriles. Al hacerlo, regresa al honorario por servicio de Medicare el primer día del mes siguiente. Para cambiarse de un plan de costos controlados a otro, simplemente se debe inscribir en el otro plan siempre y cuando éste tenga contrato con Medicare. Al hacerlo, la cancelación del primer plan se hace automáticamente.

Si usted se inscribe en un plan y luego se muda fuera del área de servicio del plan, tendrá que cancelar su plan y regresar al honorario por servicio de Medicare común o inscribirse en un plan que preste servicios en el área nueva. Como cada plan es diferente, probablemente sus beneficios y primas no serán exactamente iguales si se inscribe en otro plan.

Medigap y los planes de costos controlados: Si tiene una póliza Medigap y decide inscribirse en un plan de costos controlados, puede mantener la póliza o, al decidir que el plan le gusta, puede cancelarla. Generalmente usted no necesitará una póliza Medigap si está inscrito en un plan de costos controlados Medicare y si la conserva después de haberse inscrito quizás esté pagando la misma cobertura dos veces.

De hecho, hasta hace poco, los aseguradores tenían prohibido venderle una segunda póliza porque habría duplicado beneficios que conseguía con el plan; pero esto ya no es cierto. Por lo tanto, antes de cancelar una póliza Medigap o de que se venza su período abierto de inscripción, deberá tener en cuenta los siguientes factores y pensar si debe discutir sus circunstancias particulares con la oficina de consejería sobre seguros de su estado.

Si usted adopta un plan con contrato de riesgo, la póliza Medigap probablemente será de poco o de ningún valor mientras dura la inscripción. Si sale del plan de servicios cubiertos por Medicare, ni Medicare ni Medigap pagarán los beneficios. En relación a los servicios que no cubre Medicare, el plan probablemente cubre muchos de los mismos beneficios de la póliza Medigap y ésta no le reintegra ni las primas ni los pagos complementarios del plan. Si se retira del plan y no se inscribe en otro, sin embargo, puede que ya no pueda comprar la póliza Medigap de su elección, especialmente si tiene una condición médica.

Como quizás usted ya está pagando una prima y sólo le tocaría hacer pequeños pagos complementarios cuando usa un servicio, si se matricula en un plan de costos debería tomar todos los servicios que el plan ofrece. Si cree que usará muchos servicios que no están en el plan, la póliza Medigap le podría reponer lo que gaste en deducible y seguro complementario.

Seguro de grupo

Hay dos fuentes principales de seguro de grupo: asociaciones empresarias y voluntarias.

Seguro de grupo de empresas para retirados (jubilados). Al cumplir los 65 años de edad, aun si recibe seguros privados a través de la empresa en que trabaja, la de su cónyuge o a través del sindicato. Si tiene ese tipo de cobertura, averigüe si puede continuarla después de dejar de trabajar. Revise el precio y los beneficios, incluyendo los beneficios para su cónyuge.

En general, el seguro médico de grupo que continúa después de dejar de trabajar tiene la ventaja que ni tiene períodos de espera ni excluye condiciones preexistentes y, casi siempre, la cobertura se basa en la tarifa de las primas de grupo, que puede ser inferior a la tarifa de la prima para las pólizas individuales. Mas hay que tener cuidado. Si su cónyuge todavía no tiene 65 años y recibe la póliza anterior, averigüe cuál será el efecto de su cobertura continuada sobre el seguro de su cónyuge.

Los planes de retiro que ofrecen las empresas o sindicatos no responden a las normas que aplican a las pólizas Medigap. Estos planes tienen sus propias reglas y tal vez no pagan lo que Medicare no cubre. Es más, quizás, ni siquiera pagan sus gastos médicos durante períodos en que podía ser elegido bajo Medicare pero no se inscribió. Si usted no está seguro de cómo se relacionan su plan y Medicare, consiga una copia del folleto de beneficios o llame a la oficina de beneficios del plan y pida una explicación de cómo paga el plan cuando usted tiene Medicare. Si la póliza no da los mismos beneficios que una póliza Medigap, puede ofrecer otros beneficios como la cobertura de medicamentos recetados y la atención dental de rutina.

Medigap y los beneficios médicos para retirados. Hasta hace poco, era ilegal que un agente de seguros le vendiera una póliza Medigap si ésta duplicaba beneficios adquiridos bajo otras pólizas como el plan médico para retirados. Ya no es así. Aun cuando Medigap duplique los beneficios de su plan médico de retirado, se lo pueden vender y el plan Medigap debe pagar el total de los beneficios, a pesar que el plan de retirados pague el mismo servicio. Su plan médico de retirado puede, sin embargo, tener una cláusula para la coordinación de beneficios. Si es así, no duplicará el pago de beneficios. Usted debería consultar al programa de consejería sobre seguros de su estado antes de comprar una póliza Medigap que pueda duplicar cualquiera de los beneficios de su plan de retiro.

Lineamientos especiales para personas de 65 años o mayores que trabajan. Si tiene 65 años o más y usted o su cónyuge trabajan, Medicare puede ser el asegurador secundario de su plan médico de grupo (*Group Health Plan*—GHP) a través de la empresa, si ésta tiene 20 empleados o más. Esto significa que el plan empresarial es la cobertura principal de sus facturas hospitalarias y médicas. Si el plan de empleador no paga todos sus gastos, Medicare puede pagar los beneficios secundarios por los servicios cubiertos por Medicare para complementar la cantidad que paga el plan de la empresa. Este requisito aplica a quienes tienen un plan médico de grupo de empresa como un empleado, empresario, trabajador independiente o un socio empresarial.

Las empresas con 20 ó más empleados deben ofrecer los mismos beneficios médicos, y bajo las mismas condiciones, a los empleados más jóvenes y sus cónyuges que a los empleados mayores de 65 y sus cónyuges de 65 años o más.

Usted puede aceptar o rechazar la cobertura bajo el plan médico de grupo empresarial. Si lo acepta, aquel será su primer asegurador. Si lo rechaza, Medicare será el primer asegurador para los servicios médicos recibidos que Medicare cubre. Si rechaza el plan de la empresa, ésta no le puede ofrecer un plan que pague beneficios suplementarios para los servicios cubiertos por Medicare ni subvencionar tal cobertura. Una empresa, sin embargo, puede ofrecerle un plan que pague los servicios de atención médica que, como los instrumentos auditivos, la atención dental de rutina y los exámenes físicos, no están cubiertos por Medicare.

Tenga en cuenta que si elige Medicare como su primer seguro y se inscribe en la Parte B de Medicare, activará su período de inscripción abierta de seis meses en Medigap.

Lineamientos especiales para ciertos beneficiarios de Medicare con incapacidades. Para ciertas personas de menos de 65 años que califican para Medicare por sus incapacidades, Medicare es casi tan importante como el plan médico de grupo grande (*Large Group Health Plan*—LGHP). En este caso, LGHP es un plan empresarial o al que contribuye la empresa u organización de empleados que cubre a sus asociados y donde hay, por lo menos, una empresa con 100 o más empleados. Este requisito aplica a quienes tienen la cobertura GHP, como un empleado, empresario, persona independiente, socio empresarial o pariente de alguna de estas personas. Un LGHP no debe tratar a ninguna de estas personas en forma diferente por ser usuarios minusválidos de Medicare.

Lineamientos especiales para beneficiarios de Medicare con insuficiencia renal crónica. Medicare es asegurador secundario de GHPs por 18 meses para los beneficiarios de Medicare que sufren de insuficiencia renal crónica y este requisito aplica

sólo a las personas con estas dolencias si tienen cobertura propia bajo un GHP o tienen un GHP como dependientes. El GHP es el seguro primario durante ese período sin tomar en cuenta el tamaño del GHP, la cantidad de empleados o dónde trabajan las personas.

Según orden de aparición, el período de 18 meses comienza con:

- el primer mes que la persona califica bajo la Parte A de Medicare por tener insuficiencia renal crónica; o
- el primer mes que la persona califica bajo la Parte A si ha llenado la solicitud para los beneficios de Medicare.

Los GHPs pueden ser primarios durante los tres primeros meses adicionales, hasta un total de 21 meses: los primeros tres meses de diálisis (período donde, generalmente, una persona no es elegible para los beneficios de Medicare) más los primeros 18 meses de derecho al Medicare. Cuando el período de hasta 21 meses termina, Medicare es el seguro primario para las personas autorizadas y el GHP es el secundario.

El folleto de la Administración para el Financiamiento del Cuidado de la Salud titulado "Cobertura de Medicare para los servicios de diálisis y de trasplante de riñón" (*Medicare Coverage of Kidney Dialysis and Kidney Transplant Services*) contiene más información acerca de Medicare y las enfermedades del riñón. Usted puede conseguir una copia gratis en la Administración del Seguro Social o en el Centro de Información del Consumidor (*Consumer Information Center, Department 59, Pueblo, CO 81009*).

Seguros de grupo de asociaciones. Muchas organizaciones que no son empresariales ofrecen coberturas de seguro médico de grupo a sus miembros. No porque usted esté asegurado a través de un grupo significa que consiguió precio bajo. El seguro de grupo puede ser tanto o más caro que una cobertura similar bajo una póliza individual. Asegúrese que entiende los beneficios que incluye y compare precios. El seguro de grupo Medigap de una asociación debe cumplir con las mismas reglas que cumplen las otras pólizas Medigap.

Los siguientes tipos de seguros, en general, tienen cobertura limitada y no reemplazan al seguro Medigap o a los planes de costos controlados. Bajo estas pólizas, los beneficios no están diseñados para pagar lo que Medicare no cubre.

Seguro de atención por tiempo prolongado

El seguro para cubrir gastos de sanatorios y de atención por tiempo prolongado cubre la asistencia en hogares para personas mayores (nursing homes). Algunas de estas pólizas también cubren la atención en el hogar, y otras pagan la atención en establecimientos de enfermería especializada (SNF, siglas en inglés) aun cuando no hayan beneficios Medicare (consulte la página 3 si desea una explicación de los beneficios de Medicare para la atención en establecimientos de enfermería especializada). Si usted está buscando un seguro de sanatorio o de atención por tiempo prolongado, averigüe bien qué tipos de hogares para personas mayores y qué servicios cubren las diferentes pólizas disponibles. Si compra una póliza de seguro, asegúrese que no duplica la cobertura de establecimientos de enfermería especializada Medigap, de los planes de costos controlados u otras coberturas que tenga, o si paga beneficios sin tomar en cuenta otras coberturas.

Debe recordar que la atención personal o asistencial (el tipo de asistencia que necesita la mayoría de las personas que están en los hogares para personas mayores) no está cubierto por Medicare ni por la mayoría de las pólizas de Medigap. La única asistencia en hogares para personas mayores cubierta por Medicare es la atención de enfermería o de rehabilitación especializada que se provee en un establecimiento de enfermería especializada certificado por Medicare.

Si desea más información sobre el seguro de atención por tiempo prolongado, pida una copia de

la "Guía del comprador de seguro de atención por tiempo prolongado" (*A Shopper's Guide to Long—Term Care Insurance*) al departamento de seguro de su estado o a la Asociación Nacional del Comisionados de Seguros (*National Association of Insurance Commissioners, 120 W. 12th Street, Suite 1100, Kansas City, MO 64105-1925*). También puede obtener una copia de la "Guía para elegir un hogar para personas mayores" *(Guide to Choosing a Nursing Home)* escribiendo a *Medicare Publications, Health Care Financing Administration, 6325 Security Boulevard, Baltimore, MD 21207.*

Seguro de reembolso de gastos de hospital (Hospital Indemnity Insurance)

La cobertura de reembolso de gastos de hospital es un seguro que paga una suma de dinero fija por cada día de hospitalización hasta una cantidad designada de días. Algunas coberturas pueden tener beneficios agregados como los quirúrgicos o de estadía en establecimientos de enfermería especializada. Algunas pólizas tienen una cantidad máxima de días o una cantidad máxima de pago.

Seguro específico para una enfermedad

El seguro específico para una enfermedad, que no está disponible en algunos estados, sólo da beneficios para una enfermedad como el cáncer o para un grupo de enfermedades específicas. El valor de tal cobertura depende de la posibilidad que tenga de adquirir la enfermedad o enfermedades bajo el plan. Comúnmente, los beneficios se limitan a pagar una cantidad fija para cada tipo de tratamiento. Recuerde que Medicare y la póliza Medigap que tenga quizás cubra los costos asociados a cualquiera de estas enfermedades específicas que usted pueda contraer.



ECESITA MÁS SEGUROS?

Si necesita un seguro médico además de Medicare es una decisión propia. Al revisar los beneficios de Medicare pudo darse cuenta que éste no ofrece una completa protección de seguro médico. El seguro médico privado puede suplir muchos de los vacíos. Pero antes de comprar un seguro para suplementar los beneficios de Medicare, asegúrese que usted lo necesita. No todos los beneficiarios lo necesitan.

Las personas que reciben Medicaid

Si usted califica para todos los beneficios de Medicaid, tal vez no necesita más seguro. Medicaid es un programa federal y estatal unificado que da asistencia médica a ciertas personas con bajos ingresos y de recursos limitados. Como la cobertura y lo que aceptan varía de un estado a otro, la mayoría de sus facturas por atención médica serán cubiertas si califica tanto para Medicare como para Medicaid. Además de coberturas de hospital y médica regulares, los estados dan beneficios tales como atención en hogares para personas mayores y medicamentos recetados como paciente externo a quienes reciben Medicaid.

Aparte del programa uniforme Medicaid, en cada estado las oficinas de Medicaid ofrecen otros dos programas diseñados específicamente para ayudar a ciertos beneficiarios de Medicare con bajos ingresos para cubrir sus facturas médicas. Uno es el programa "Beneficiario calificado de Medicare" (*Qualified Medicare Beneficiary*—QMB) y el otro se llama "Beneficiario específico de Medicare de bajos ingresos" (*Specified Low-Income Medicare Beneficiary*—SLMB). Aunque no necesariamente eliminen la necesidad de un seguro privado que suplemente los beneficios de Medicare, le podrían ahorrar cientos de dólares al año en facturas de atención médica si califica para la asistencia.

QMB: El programa QMB paga todas las primas de Medicare, los deducibles y las cantidades de seguro complementario de algunas personas minusválidas y mayores elegibles bajo la Parte A de Medicare, con ingresos anuales por debajo del nivel nacional de pobreza y con ahorros y otros recursos muy limitados. Así, el programa QMB sobrepasa su funcionamiento de póliza Medigap porque también paga la prima de la Parte B.

El límite de ingresos mensuales del QMB para el año 1996 es:

Para todos los estados, excepto Alaska y Hawaii

	$665 (individual)	$884 (por pareja)
Alaska:	$825 (individual)	$1.099 (por pareja)
Hawaii:	$763 (individual)	$1.014 (por pareja)

Además del límite de ingreso, los recursos económicos como cuentas de banco, acciones y bonos bancarios no pueden exceder de $4.000 por persona o $6.000 por pareja.

SLMB: El programa SLMB sirve a personas que califican bajo la Parte A de Medicare cuyos ingresos son ligeramente más altos del nivel nacional de pobreza. Sus ingresos no pueden superar más del 20% del nivel nacional de pobreza.

El límite de ingresos mensuales del SLMB para el año 1996 es:

Para todos los estados, excepto Alaska y Hawaii

	$794 (individual)	$1.056 (por pareja)
Alaska:	$986 (individual)	$1.314 (por pareja)
Hawaii:	$912 (individual)	$1.213 (por pareja)

Si califica para la asistencia bajo el programa SLMB, el estado paga su prima de la Parte B de Medicare y usted debe pagar el deducible, el seguro complementario y otros costos relacionados.

Comuníquese con la oficina estatal o local de Medicaid o con el Servicio Social si piensa que califica para los beneficios totales de Medicaid, para el programa QMB o para el SLMB. Si no puede encontrar el número en la guía de teléfonos llame al **1-800-638-6833** para que le ayuden.

Planes Medicaid y Medigap: Si usted califica bajo los beneficios Medicare y Medicaid regulares, una compañía de seguros no le puede vender una póliza Medigap a menos que el estado pague las primas. Si califica para la asistencia de QMB, un agente de seguros no puede venderle una póliza Medigap, a menos que esa póliza incluya la cobertura para medicamentos recetados. Si califica para el programa SLMB, los vendedores no tienen restricciones especiales para venderle pólizas Medigap que no sean las válidas para todas las ventas de Medigap. En particular, una compañía de seguros tiene prohibido venderle una segunda póliza Medigap, a menos que se indique por escrito que cancelará su póliza vigente.

Si llegara a ser elegible para cualquier beneficio Medicaid y tuviera una póliza de Medigap expedida después del 4 de noviembre de 1991, puede suspender la prima y los beneficios Medigap por hasta dos años mientras esté cubierto por Medicaid. Aquí se explica lo que tiene que hacer:

- ☑ Notifique a su agente Medigap dentro de 90 días de calificar para Medicaid. Tanto la prima como los beneficios quedarán suspendidos el día de la notificación.

- ☑ Para reanudar la cobertura, pida a la compañía de seguro que active nuevamente la póliza dentro del período de 90 días antes que caduque su elegibilidad a Medicaid y que comience a pagar las primas nuevamente. Hay que reactivar la póliza a partir de la fecha que caducó su elegibilidad a Medicaid.

Usted no tiene que suspender su póliza si es elegible para el Medicaid. Antes que lo haga, discuta sus opciones con la oficina de Medicaid de su estado.

Medicaid y otro seguro médico privado: Medicaid no pagará si usted tiene otro seguro que pague los beneficios que, de otro modo, Medicaid cubriría por usted. Si usted está pensando comprar una póliza de seguro médico, por tanto, debe preguntar a la agencia estatal de Medicaid cómo ésta puede afectar a sus beneficios Medicaid, y a la oficina estatal de consejería de seguros si usted se beneficia realmente teniendo la póliza.

Centro médico calificado a nivel federal: Otra manera de limitar sus facturas de atención médica

es ir a un centro médico calificado a nivel federal (*Federally Qualified Health Center*—FQHC) para recibir el tipo de atención médica que generalmente se recibe en un consultorio médico. Medicare paga algunos servicios médicos que de otra manera no estarían cubiertos por Medicare, tales como los servicios de atención preventiva, si los provee un FQHC. Estos establecimientos son centros médicos típicamente comunitarios, clínicas médicas indígenas (Indian health clinics), centros médicos para trabajadores migratorios y centros médicos para las personas sin hogar. Casi siempre están ubicados en el centro de las grandes ciudades y en áreas rurales. Los servicios cubiertos por Medicare son:

- Exámenes físicos de rutina.
- Pruebas de selección y de diagnóstico para la detección de problemas de la visión y de la audición, y otras condiciones médicas.
- Administración de ciertas vacunas para la inmunización contra la influenza y otras enfermedades.

Cuando se reciben estos servicios en un FQHC, no aplica el deducible de la Parte B de $100 anuales. Si se dan otros servicios como radiografías o mamografías, sin embargo, el FQHC puede facturar al agente de Medicare. En ese caso, usted debe pagar cualquier parte que ha quedado sin saldar del deducible anual de $100 de la Parte B.

Aunque el seguro complementario del 20% de la Parte B corresponde a todos los servicios de FQHC, los lineamentos del Servicio de Salud Pública (Public Health Service) le permiten al FQHC eliminarlo en algunas instancias. Cualquier beneficiario de Medicare puede ir a un FQHC a recibir servicios de atención médica. Si desea saber si en su área atiende alguno de estos centros, llame al **1-800-638-6833**.

CONSEJOS PARA COMPRAR SEGUROS MÉDICOS

Como se afirmara anteriormente, si usted necesita otro seguro médico además de Medicare es una decisión propia. Si usted decide comprar un seguro adicional, busque cuidadosamente y compre una póliza que ofrezca el tipo de ayuda adicional que usted cree más necesaria. Aquí hay algunos consejos útiles para tener en cuenta al elegir un seguro médico.

Busque cuidadosamente antes de comprar. Si de coberturas y costos se trata, las pólizas no son iguales y las compañías tienen diferentes servicios. Comuníquese con las diferentes compañías y compare las primas antes de comprar.

No compre más pólizas de las que necesita. La cobertura repetida puede ser muy cara y, en general, no es necesaria. Una póliza única y amplia es mejor que varias pólizas que se intercalan o tienen una cobertura duplicada. La ley federal prohíbe a un agente de seguros venderle un segundo seguro Medigap, a menos que usted exprese por escrito que va a cancelar la primera póliza después que la reemplazante entre en vigor. Hay cambios recientes en la ley que perjudican a los beneficiarios que el gobierno subvenciona con el pago de sus facturas por atención médica a través del programa Medicaid (consulte la página 27 si desea más detalles). Si alguien le vende una póliza trasgrediendo la ley federal que sanciona la duplicación de servicios, está sujeto a penas criminales como civiles. Llame al **1-800-638-6833** si desea denunciar sospechas de fraude.

Considere sus alternativas. Dependiendo de sus necesidades de atención médica y de su situación económica, entre sus posibilidades tiene las de continuar la póliza de grupo del trabajo, compartir un plan de costos controlados, comprar una póliza Medigap o adquirir un seguro de atención por tiempo prolongado.

Revise si hay exclusión de condiciones preexistentes. Al evaluar una póliza, debe determinar si ésta limita o excluye la cobertura de condiciones médicas existentes. Muchas pólizas no cubren las condiciones médicas que usted tiene al momento de comprar el seguro. Las condiciones preexistentes son, en general, los problemas médicos por los que usted fue al médico dentro de los seis meses anteriores al día que su póliza entra en vigencia.

Si usted ha tenido un problema de salud, quizás el seguro no cubre gastos conectados con su problema. Aunque a las pólizas Medigap se les exige cubrir condiciones preexistentes después de seis meses de activada la póliza, algunas compañías tienen un plazo menor de tiempo de espera para empezar a cubrir esa condición.

El reemplazo de coberturas existentes puede ser peligroso. Ponga mucha atención al comprar una póliza Medigap de reemplazo. Asegúrese que tiene buenas razones para cambiarse de una póliza a la otra y solamente se debe cambiar para obtener beneficios diferentes, mejores servicios o precios más económicos. Tampoco mantenga pólizas inadecuadas simplemente porque la ha tenido por largo tiempo. Si decide cambiar su póliza Medigap debe recibir crédito por el tiempo que estuvo bajo la póliza anterior al determinar si y en qué medida aplica la restricción de condiciones preexistentes en esta nueva póliza. También debe firmar una declaración asegurando que desea cancelar la póliza a reemplazar. No cancele la primera póliza hasta que no esté seguro que quiere la segunda. Tiene 30 días para decidirse.

La activación y el reembolso de la póliza deben ser rápidos. La compañía de seguro debe entregar la póliza dentro de los 30 días. Si no lo hace, contáctese con la compañía para que le explique la demora por escrito. Si pasan 60 días y no le da respuesta, comuníquese con el departamento de seguro de su estado.

Prácticas comerciales prohibidas. Si una compañía o agente usa tácticas de mucha presión para forzarlo o asustarlo para que compre una póliza Medigap, o hace comparaciones engañosas o fraudulentas para hacer que usted cambie de una compañía o póliza a la otra, se encuentra realizando prácticas ilegales. También está prohibida la promoción abierta de anuncios comerciales engañosos. Esta táctica consiste en envíos por correos para identificar personas que podrían estar interesadas en comprar seguros. Si usted llena la tarjeta que está adjunta y la regresa por correo, se la pueden vender a un agente de seguros para que trate de venderle una póliza.

Conozca los beneficios máximos. La mayoría de las pólizas tienen algún tipo de límite de beneficios. Pueden restringir la cantidad de dólares que se pagarán por el tratamiento de una condición o la cantidad de días de atención por ésta. Algunas pólizas de seguro diferentes a Medigap pagan menos de la suma aprobada por Medicare por los servicios médicos hospitalarios de paciente externo y por los servicios recibidos en la consulta de un médico. Otros no reembolsan ningún costo por estos servicios.

Sepa que ni el gobierno federal ni los estatales venden u ofrecen servicios a las pólizas para suplementar Medicare. Los departamentos de seguro del estado aprueban las pólizas que las compañías de seguros privadas venden, pero la aprobación sólo significa que la compañía y la póliza cumplen con los requisitos legales de cada estado. No crea si alguien declara que los seguros para suplementar Medicare son programas patrocinados por el gobierno. Si alguien le dice que es del gobierno y luego intenta venderle una póliza de seguro, denúncielo al departamento de seguro de su estado o a las autoridades federales. Este tipo de representación fraudulenta es una violación a la ley federal y estatal. Es igualmente ilegal que una compañía o un agente diga que una póliza ha sido aprobada para la venta en un estado donde no tiene aprobación o use medios fraudulentos para lograr dicha aprobación.

Averigüe quién es su interlocutor. Una compañía debe acreditarse para hacer negocios en su estado. Usted debe verificar con el departamento de seguro de su estado si las compañías que usted tiene bajo consideración tienen licencia en su estado. Esto es para su protección. Los agentes, por otra parte, deben tener licencia aprobada por su estado y puede que el estado les obligue a llevar una prueba de su licencia con sus nombres y los de la compañía que representan. Si el agente no puede demostrar que tiene licencia, no le compre. Una tarjeta personal no es una licencia.

Guarde los nombres, las direcciones y los números de teléfono de los Agentes y de las Compañías: Anote los nombres, las direcciones y los números de teléfono o pida una tarjeta de negocios que presente toda esa información.

Tome su tiempo. No se sienta presionado a comprar una póliza. El vendedor con principios no le apurará. Si usted no está seguro que necesita una póliza, pídale al vendedor que se lo explique a un amigo suyo. Tenga en cuenta que hay un período de tiempo limitado donde los nuevos participantes en la Parte B de Medicare pueden comprar la póliza Medigap de su elección sin que se les impongan condiciones especiales (consulte la página 19). Después que se terminan estos períodos abiertos de inscripción, le pueden limitar las pólizas Medigap disponibles, especialmente si tiene una condición médica preexistente.

Si decide comprar, complete la solicitud con cuidado. No crea si un agente de seguro dice que la historia médica que pone en su solicitud no es importante. Algunas compañías piden información médica detallada. Si usted no contesta cualquiera de las preguntas de información médica, le podrían negar la cobertura por un período de tiempo dado para condiciones médicas que usted no mencionó. La compañía también podría negar pagos por el tratamiento de una condición que quedó sin declarar y hasta anular su póliza.

Busque una explicación de lo que cubren. En la póliza debe haber un resumen claramente redactado de lo que ofrece. LÉALO CUIDADOSAMENTE.

No pague con dinero efectivo. Pague con cheque, giro postal (money order) o bancario a nombre de la compañía de seguros, y no al agente ni a otra persona. Exija y archive un recibo con el nombre de la compañía de seguros, su dirección y número de teléfono.

Para su protección

Como vio anteriormente, a cualquier persona se le puede imponer castigos por crímenes federales y civiles si vende Medigap u otras pólizas de seguro médico violando las leyes que sancionan la duplicación y otras leyes de seguros. También se puede imponer castigos por afirmar que una póliza de Medigap cumple las normas legales para la certificación federal cuando no es así, o se usa el correo para hacer entrega de publicidad ofreciendo pólizas Medigap para la venta en un estado donde no está aprobada.

La ley federal, además, define como ilegal que una persona o compañía haga uso indebido de nombres, letras, símbolos o emblemas del Departamento de Salud y Servicios Sociales de los Estados Unidos (DHHS, siglas en inglés), de la Administración del Seguro Social o de la Administración para el Financiamiento del Cuidado de la Salud. También es ilegal usar nombres, letras, símbolos o emblemas de sus diversos programas.

Esta ley se refiere principalmente a los promotores mayoristas que usan estos símbolos para solicitar transacciones por correo implicando que el servicio está patrocinado o vendido por el gobierno de los Estados Unidos. Generalmente diseñan los textos publicitarios para que luzcan como escritos por una agencia del gobierno. Si cree que ha sido víctima de prácticas mercantiles ilegales en cuanto a seguros, contáctese inmediatamente con el departamento de seguro de su estado. Si cree que se ha violado la ley federal, puede llamar al **1-800-638-6833**. En la mayoría de los casos, sin embargo, el departamento de seguro de su estado puede ofrecer la mayor asistencia posible para resolver problemas relacionados con el seguro.

Directorio de los Departamentos Estatales de Seguro y de Agencias para Personas Mayores

Cada estado tiene sus propias leyes y lineamientos para mantener los seguros bajo control. Las oficinas de seguro, identificadas en la columna de la izquierda tienen la responsabilidad de hacer respetar la ley y de dar información sobre los seguros al público. Las agencias para personas mayores de la columna de la derecha tienen la responsabilidad de coordinar los servicios de las personas mayores. La columna del centro lista los números de teléfono de todos los servicios que dan consejos acerca de los seguros. Las llamadas a números 1-800 del directorio son gratuitas.

Departamentos de Seguro	Consejos del Seguro	Agencias para Personas Mayores
Insurance Department Consumer Service Division 135 South Union St. P.O. Box 303351 Montgomery, AL 36130-3351 (334) 269-3550	**Alabama** 1-800-243-5463	Commission on Aging 770 Washington Ave., Suite 470 P.O. Box 301851 Montgomery, AL 36130 1-800-243-5463 (334) 242-5743
Division of Insurance 3601 "C" St., Suite 1324 Anchorage, AK 99503 (907) 269-7900	**Alaska** 1-800-478-6065 (907) 562-7249	Division of Senior Services 3601 "C" St., Suite 310 Anchorage, AK 99503 (907) 465-3250
Insurance Department Office of the Governor Pago Pago, AS 96799 011-684/633-4116	**American Samoa**	Territorial Admin. on Aging Government of American Samoa Pago Pago, AS 96799 (684) 633-1252
Insurance Department Consumer Affairs Division 2910 N. 44th St. Phoenix, AZ 85018 (602) 912-8444	**Arizona** 1-800-432-4040 (602) 542-6595	Dept. of Economic Security Aging & Adult Administration 1789 W. Jefferson St. Phoenix, AZ 85007 (602) 542-4446
Insurance Department Seniors Insurance Network 1123 S. University Avenue Suite 400 Little Rock, AR 72204 1-800-852-5494	**Arkansas** 1-800-852-5494 (501) 686-2940	Division of Aging and Adult Services 1417 Donaghey Plaza South P.O. Box 1437/Slot 1412 Little Rock, AR 72203-1437 (501) 682-2441
Insurance Department Consumer Services Div. 300 Capitol Mall Sacramento, CA 95814 (916) 445-5544	**California** 1-800-434-0222 (916) 323-7315	Department of Aging Health Insurance Counseling and Advocacy Branch 1600 K Street Sacramento, CA 95814 (916) 323-7315

Departamentos de Seguro	Consejos del Seguro	Agencias para Personas Mayores
Insurance Division 1560 Broadway Suite 850 Denver, CO 80202 (303) 894-7499, ext. 356	**Colorado** 1-800-544-9181 (303) 894-7499, ext. 356	Aging and Adult Services Dept. of Social Services 1575 Sherman St., 4th Fl. Denver, CO 80203-1714 (303) 866-3851
	Commonwealth of the Northern Mariana Islands	Department of Community and Cultural Affairs Civic Center Commonwealth of the Northern Mariana Islands Saipan, CM 96950 (607) 234-6011
Insurance Department P.O. Box 816 Hartford, CT 06142-0816 (203) 297-3800	**Connecticut** 1-800-994-9422	Department of Social Services Elderly Services Division 25 Sigourney Street Hartford, CT 06106-5033 1-800-994-9422
Insurance Department Rodney Building 841 Silver Lake Blvd. Dover, DE 19904 1-800-282-8611 (302) 739-4251	**Delaware** 1-800-336-9500	Division of Aging Dept. of Health & Social Services 1901 N. DuPont Highway 2nd Fl. Annex Admin. Bldg. New Castle, DE 19720 (302) 577-4791
Insurance Department Consumer & Professional Services Bureau 441 4th Street, NW Suite 850 North Washington, D.C. 20001 (202) 727-8000	**District of Columbia** (202) 676-3900	Office on Aging 441 4th Street, NW 9th Floor Washington, D.C. 20001 (202) 724-5626 (202) 724-5622
	Federated States of Micronesia	State Agency on Aging Office of Health Services Federated States of Micronesia Ponape, E.C.I. 96941
Department of Insurance 200 E. Gaines Street Tallahassee, FL 32399-0300 (904) 922-3100	**Florida** 1-800-963-5337	Department of Elder Affairs 4040 Esplanade Way Suite 260 Tallahassee, FL 32399-7000 (904) 414-2060

Departamentos de Seguro	Consejos del Seguro	Agencias para Personas Mayores
Insurance Department 2 Martin L. King, Jr., Dr. 716 West Tower Atlanta, GA 30334 (404) 656-2056	**Georgia** 1-800-669-8387	Division of Aging Services Dept. of Human Resources 2 Peachtree St., NW, Rm 18.403 Atlanta, GA 30303 (404) 657-5258
Insurance Division Department of Revenue & Taxation P.O. Box 23607 GMF Barrigada Guam 96921 011 (671) 475-5000	**Guam** (671) 475-0262/3	Division of Senior Citizens Dept. of Public Health and Social Services P.O. Box 2816 Agana, Guam 96910 011 (671) 475-0262/3
Dept. of Commerce and Consumer Affairs Insurance Division P.O. Box 3614 Honolulu, HI 96811 (808) 586-2790	**Hawaii** (808) 586-0100	Executive Office on Aging 335 Merchant Street Room 241 Honolulu, HI 96813 (808) 586-0100
Insurance Department SHIBA Program 700 W. State St., 3rd Fl. Boise, ID 83720-0043 (208) 334-4350	**Idaho** S.W. - 1-800-247-4422 N. - 1-800-488-5725 S.E. - 1-800-488-5764 C. - 1-800-488-5731	Office on Aging Statehouse, Room 108 Boise, ID 83720 (208) 334-3833
Insurance Department 320 W. Washington St. 4th Floor Springfield, IL 62767 (217) 782-4515	**Illinois** 1-800-548-9034	Department on Aging 421 E. Capitol Ave., No. 100 Springfield, IL 62701-1789 1-800-252-8966
Insurance Department 311 W. Washington St. Suite 300 Indianapolis, IN 46204 1-800-622-4461 (317) 232-2395	**Indiana** 1-800-452-4800	Div. of Aging & Home Services 402 W. Washington St. P.O. Box 7083 Indianapolis, IN 46207-7083 1-800-545-7763 (317) 232-7020
Insurance Division Lucas State Office Bldg. E. 12th & Grand Sts. 6th Floor Des Moines, IA 50319 (515) 281-5705	**Iowa** 1-800-351-4664	Dept. of Elder Affairs 200 10th Street Third Floor Des Moines, IA 50309-3709 (515) 281-5187

Departamentos de Seguro	Consejos del Seguro	Agencias para Personas Mayores
Insurance Department 420 S.W. 9th Street Topeka, KS 66612 1-800-432-2484 (913) 296-3071	**Kansas** 1-800-432-3535	Department on Aging 150-S. Docking State Office Building 915 S.W. Harrison Topeka, KS 66612-1500 (913) 296-4986
Insurance Department 215 W. Main Street P.O. Box 517 Frankfort, KY 40602 (502) 564-3630	**Kentucky** 1-800-372-2973	Division of Aging Services Cabinet for Human Resources 275 E. Main St., 5th Floor, West Frankfort, KY 40621 (502) 564-6930
Department of Insurance P.O. Box 94214 Baton Rouge, LA 70804-9214 1-800-259-5301 (504) 342-5301	**Louisiana** 1-800-259-5301 (504) 342-5301	Governor's Office of Elderly Affairs 4550 N. Boulevard P.O. Box 80374 Baton Rouge, LA 70896-0374 (504) 925-1700
Bureau of Insurance 34 State House Station Augusta, ME 04333 (207) 624-8475	**Maine** 1-800-750-5353 (207) 624-5335	Bureau of Elder and Adult Services State House, Station 11 Augusta, ME 04333 (207) 624-5335
Insurance Administration Complaints and Investigation Unit - Life & Health 501 St. Paul Place Baltimore, MD 21202-2272 (410) 333-2793 (410) 333-2770	**Maryland** 1-800-243-3425	Office on Aging 301 W. Preston Street Room 1007 Baltimore, MD 21201 (410) 225-1100
Insurance Division Consumer Services Section 470 Atlantic Ave. Boston, MA 02210-2223 (617) 521-7777	**Massachusetts** 1-800-882-2003 (617) 727-7750	Executive Office of Elder Affairs 1 Ashburton Place, 5th Floor Boston, MA 02108 1-800-882-2003 (617) 727-7750
Insurance Bureau P.O. Box 30220 Lansing, MI 48909 (517) 373-0240 (General Assistance) (517) 335-1702 (Senior Issues)	**Michigan** 1-800-803-7174 (517) 373-8230	Office of Services to the Aging 611 W. Ottawa Street P.O. Box 30026 Lansing, MI 48909 (517) 373-8230

Departamentos de Seguro	Consejos del Seguro	Agencias para Personas Mayores
Insurance Department Department of Commerce 133 E. 7th Street St. Paul, MN 55101-2362 (612) 296-4026	**Minnesota** 1-800-882-6262	Board on Aging Human Services Building 4th Floor 444 Lafayette Road St. Paul, MN 55155-3843 (612) 296-2770
Insurance Department Consumer Assistance Division P.O. Box 79 Jackson, MS 39205 (601) 359-3569	**Mississippi** 1-800-948-3090	Div. of Aging & Adult Services 750 N. State Street Jackson, MS 39202 1-800-948-3090 (601) 359-4929
Department of Insurance Consumer Services Section P.O. Box 690 Jefferson City, MO 65102-0690 1-800-726-7390 (314) 751-2640	**Missouri** 1-800-390-3330	Division of Aging Dept. of Social Services P.O. Box 1337 615 Howerton Court Jefferson City, MO 65102-1337 (314) 751-3082
Insurance Department 126 N. Sanders Mitchell Bldg., Rm. 270 P.O. Box 4009 Helena, MT 59601 (406) 444-2040	**Montana** 1-800-332-2272	Office on Aging/DPHHS 48 N. Last Chance Gulch P.O. Box 8005 Helena, MT 59604-8005 1-800-332-2272 (406) 444-7784
Insurance Department Terminal Building 941 "O" St., Suite 400 Lincoln, NE 68508 (402) 471-2201	**Nebraska** (402) 471-2201	Department on Aging State Office Building 301 Centennial Mall South Lincoln, NE 68509-5044 (402) 471-2306
Department of Business & Industry Division of Insurance 1665 Hot Springs Rd., Ste. 152 Carson City, NV 89710 1-800-992-0900 (702) 687-4270	**Nevada** 1-800-307-4444 (702) 367-1218	Dept. of Human Resources Division for Aging Services 340 N. 11th St., Suite 114 Las Vegas, NV 89101 (702) 486-3545
Insurance Department Life and Health Division 169 Manchester St. Concord, NH 03301 1-800-852-3416 (603) 271-2261	**New Hampshire** 1-800-852-3388 (603) 271-4642	Dept. of Health & Human Services Div. of Elderly & Adult Services State Office Park South 115 Pleasant Street Annex Building No. 1 Concord, NH 03301 (603) 271-4680

Departamentos de Seguro	Consejos del Seguro	Agencias para Personas Mayores
Insurance Department 20 West State Street Roebling Building CN 325 Trenton, NJ 08625 (609) 292-5363	**New Jersey** 1-800-792-8820	Dept. of Community Affairs Division on Aging 101 S. Broad Street CN 807 Trenton, NJ 08625-0807 1-800-792-8820 (609) 984-3951
Insurance Department P.O. Drawer 1269 Santa Fe, NM 87504-1269 (505) 827-4601	**New Mexico** 1-800-432-2080	State Agency on Aging La Villa Rivera Bldg. 224 E. Palace Ave. Santa Fe, NM 87501 1-800-432-2080 (505) 827-7640
Insurance Department 160 West Broadway New York, NY 10013 (212) 602-0203 Outside of New York City 1-800-342-3736	**New York** 1-800-333-4114 (212) 869-3850 - NY City area	State Office for the Aging 2 Empire State Plaza Albany, NY 12223-0001 1-800-342-9871 (518) 474-5731
Insurance Department Seniors' Health Insurance Information Program (SHIIP) P.O. Box 26387 Raleigh, NC 27611 1-800-662-7777 (Consumer Services) (919) 733-0111 (SHIIP)	**North Carolina** 1-800-443-9354	Division of Aging 693 Palmer Drive Caller Box 29531 Raleigh, NC 27626-0531 (919) 733-3983
Insurance Department Senior Health Ins. Counseling 600 E. Boulevard Bismarck, ND 58505-0320 1-800-247-0560 (701) 328-2440	**North Dakota** 1-800-247-0560	Dept. of Human Services Aging Services Division P.O. Box 7070 Bismarck, ND 58507-7070 1-800-755-8521 (701) 328-2577
Insurance Department Consumer Services Division 2100 Stella Court Columbus, OH 43215-1067 1-800-686-1526 (614) 644-2673	**Ohio** 1-800-686-1578	Department of Aging 50 W. Broad Street 9th Floor Columbus, OH 43215-5928 1-800-282-1206 (614) 466-1221

Departamentos de Seguro	Consejos del Seguro	Agencias para Personas Mayores
Insurance Department P.O. Box 53408 Oklahoma City, OK 73152 1-800-522-0071 (405) 521-2828	**Oklahoma** 1-800-763-2828 (405) 521-6628	Dept. of Human Services Aging Services Division 312 NE 28th Street Oklahoma City, OK 73125 (405) 521-2327
Dept. of Consumer & Business Services Senior Health Insurance Benefits Assistance 350 Winter St.,NE, Rm. 440 Salem, OR 97310 1-800-722-4134 (503) 378-4484	**Oregon** 1-800-722-4134	Dept. of Human Resources Senior & Disabled Services Division 500 Summer St., NE, 2nd Floor Salem, OR 97310-1015 1-800-232-3020 (503) 945-5811
	Palau	State Agency on Aging Dept. of Social Services Republic of Palau Koror, Palau 96940
Insurance Department Consumer Services Bureau 1321 Strawberry Square Harrisburg, PA 17120 (717) 787-2317	**Pennsylvania** 1-800-783-7067	Department of Aging "Apprise" Health Insurance Counseling and Assistance 400 Market Street Rachel Carson State Ofc. Bldg. Harrisburg, PA 17101 1-800-783-7067
Office of the Commissioner of Insurance P.O. Box 8330 San Juan, PR 00910-8330 (809) 722-8686	**Puerto Rico** (809) 721-5710	Governor's Office of Elderly Affairs Gericulture Commission Box 11398 Santurce, PR 00910 (809) 722-2429
	Republic of the Marshall Islands	State Agency on Aging Dept. of Social Services Republic of the Marshall Islands Marjuro, Marshall Islands 96960
Insurance Division 233 Richmond St., Suite 233 Providence, RI 02903-4233 (401) 277-2223	**Rhode Island** 1-800-322-2880	Dept. of Elderly Affairs 160 Pine Street Providence, RI 02903 (401) 277-2858

Departamentos de Seguro	Consejos del Seguro	Agencias para Personas Mayores
Department of Insurance Consumer Services Section P.O. Box 100105 Columbia, SC 29202-3105 1-800-768-3467 (803) 737-6180	**South Carolina** 1-800-868-9095	Division on Aging 202 Arbor Lake Drive Suite 301 Columbia, SC 29223-4554 (803) 737-7500
Insurance Department 500 E. Capitol Avenue Pierre, SD 57501-5070 (605) 773-3563	**South Dakota** 1-800-354-8238 (605) 773-3656	Office of Adult Services and Aging 700 Governors Drive Pierre, SD 57501-2291 (605) 773-3656
Dept. of Commerce & Insurance Insurance Assistance Office 4th Floor 500 James Robertson Pkwy. Nashville, TN 37243 1-800-525-2816 (615) 741-4955	**Tennessee** 1-800-525-2816	Commission on Aging Andrew Jackson Bldg., 9th Floor 500 Deaderick Street Nashville, TN 37243 (615) 741-2056
Department of Insurance Complaints Resolution, (MC 111-1A) 333 Guadalupe St. (78701) P.O. Box 149091 Austin, TX 78714-9091 1-800-252-3439 (512) 463-6515	**Texas** 1-800-252-3439	Department on Aging P.O. Box 12786 (78711) 1949 IH 35 South Austin, TX 78741 1-800-252-9240 (512) 444-2727
Insurance Department Consumer Services 3110 State Office Bldg. Salt Lake City, UT 84114-6901 1-800-439-3805 (801) 538-3805	**Utah** 1-800-439-3805 (801) 538-3910	Division of Aging and Adult Services 120 North 200 West Salt Lake City, UT 84103 1-800-606-0608
Dept. of Banking & Insurance Consumer Complaint Division 89 Main Street, Drawer 20 Montpelier, VT 05620-3101 (802) 828-3302	**Vermont** 1-802-828-3302	Dept. of Aging & Disabilities Waterbury Complex 103 S. Main Street Waterbury, VT 05671-2301 (802) 241-2400

Departamentos de Seguro	Consejos del Seguro	Agencias para Personas Mayores
Bureau of Insurance 1300 E. Main Street Richmond, VA 23219 (804) 371-9691 1-800-552-7945	**Virginia** 1-800-552-3402	Dept. for the Aging 700 Centre, 10th Floor 700 E. Franklin Street Richmond, VA 23219-2327 1-800-552-3402 (804) 225-2271
Insurance Department Kongens Gade No. 18 St. Thomas, VI 00802 (809) 773-6449 ext. 248	**Virgin Islands** (809) 774-2991	Senior Citizen Affairs Div. Dept. of Human Services 19 Estate Diamond Fredericksted St. Croix, VI 00840 (809) 772-0930
Insurance Department 4224 6th Ave., SE, Bldg. 4 P.O. Box 40256 Lacey, WA 98504-0256 1-800-397-4422 (360) 407-0383	**Washington** 1-800-397-4422	Aging & Adult Services Admin. Dept. of Social & Health Services P.O. Box 45050 Olympia, WA 98504-5050 (360) 586-3768
Insurance Department Consumer Service 2019 Washington St., E P.O. Box 50540 Charleston, WV 25305-0540 (304) 558-3386 1-800-642-9004 1-800-435-7381 (hearing impaired)	**West Virginia** 1-800-642-9004 (304) 558-3386	Commission on Aging State Capitol Complex Holly Grove 1900 Kanawha Blvd., East Charleston, WV 25305-0160 (304) 558-3317
Insurance Department Complaints Department P.O. Box 7873 Madison, WI 53707 1-800-236-8517 (608) 266-0103	**Wisconsin** 1-800-242-1060	Board on Aging and Long-Term Care 214 N. Hamilton St. Madison, WI 53703 1-800-242-1060 (608) 266-8944
Insurance Department Herschler Building 122 W. 25th Street Cheyenne, WY 82002 1-800-438-5768 (307) 777-7401	**Wyoming** 1-800-856-4398	Division on Aging Hathaway Building 2300 Capitol Ave., Room 139 Cheyenne, WY 82002 1-800-442-2766 (307) 777-7986

☆ U.S. GOVERNMENT PRINTING OFFICE:1996-413-980/60051



HEALTH CARE FINANCING ADMINISTRATION
7500 Security Boulevard
Baltimore, Maryland 21244-1850

Publication No. HCFA-10964
Revised June 1996